

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

49344

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024573

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2445 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : K. Benyada Date de naissance : 13-07-56

Adresse : 145 Tuelle

Tél. : 06 29 46 59 65 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/11/2020

Nom et prénom du malade : Benyada Tamed Age : 63

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète + HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/11/2020

AB

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 30/01/18 | CS | | 1500 DT | Dr. Hayat AHANDI Endocrinologie et Maladies Métaboliques 091187708 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  HARMACIE LSSANE EDDINE Dr Aziza LSSANE EDDINE Bis, Grotte Al Baida Hay Al Gode Sidi Bernoussi Casablanca Tel / Fax : 05 22 74 07 10 | 30/11/20 | 1471,20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d'explorations complémentaires.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|------------------------------|--|---|-------------|-------------------------|
| | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 00000000 11433553 | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة ORDONNANCE

le 30/10/16

نور

Berrada Jourad

1) ~~لهم انت سلطانا~~

$$\begin{aligned} 159,50 \times 7 &= 1067,50 \\ 22 \times 5 &= 110 \\ \hline &= 1177,50 \end{aligned}$$

75

$$\begin{aligned} 19,90 \times 3 &= 59,70 \\ 2) \text{ Net} &= 1177,50 - 59,70 \\ &= 1117,80 \end{aligned}$$

75

3) ~~أنموذج~~

$$68,80 \times 5 = 344,00$$

75

Dr. Hayat AHANDAR
Endocrinologie et Maladies
Métaboliques

INPE: 091187703

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
6 118000 062141

LOT : 20E041
PER : 05 2023
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
6 118000 062141

LOT : 20E041
PER : 05 2023
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
6 118000 062141

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Amarel 4 mg. cp b 30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâa Casablanca
Amarel 4 mg. cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Amarel 4 mg. cp b 30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Amarel 4 mg. cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâa Casablanca
Amarel 4 mg. cp b 30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâa Casablanca
Lantus SoloStar 100U/ml Inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâa Casablanca
Lantus SoloStar 100U/ml Inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH
6 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâa Casablanca
Lantus SoloStar 100U/ml Inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH
6 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâa Casablanca
Lantus SoloStar 100U/ml Inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH
6 118001 081608

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain Sebâa 20250 - Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B1
P.P.V : 152DH50
6 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâa Casablanca
Lantus SoloStar 100U/ml Inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâa Casablanca
Lantus SoloStar 100U/ml Inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH
6 118001 081608



| N° IPP : 497333 | N° SEJOUR : 200039198 | FACTURE N° 2002017046 | | | | DATE D'ENTREE : 30/11/2020 | | DATE DE SORTIE : 30/11/2020 | | |
|----------------------------------|-----------------------|--|------------------|--------|----------------|----------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|---------|
| ASSURE : | | | | | | DESTINATAIRE : | | KABAILOU-BERRADA,Jaouad | | |
| MALADE : KABAILOU-BERRADA,Jaouad | | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI | | | | | | | | |
| NOM JEUNE FILLE : | | N° IMMAT C.N.S.S. : | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 1 : | | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 2 : | | | | | | | | | | |
| REF. PC 1 : | REF. PC 2 : | N° SE. SOC. ETRANG. : | | | | | | | | |
| NATURE DE PRESTATION | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | |
| | | | | | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT |
| CONSULTATION DE MEDECIN | | | | | | | | | | |
| CONSULTATION DE SPECIALISTE | Cs | 1.00 | 150.00 | 150.00 | | | | | 0.00 | 150.00 |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--------|---------|--|--|-----------|--------|
| Intervenant : 100093 DR. AHANDAR HAYAT | | | | TOTAUX : | 150.00 | | | | | 150.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE : | |
| CENT CINQUANTE DHS | | | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | | | AVOIR : | |
| | | | | RESTE DU: | 150.00 | | | | | |
| DATE FACTURE : 30/11/2020 | | | | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | | |
| EDITEE LE : 30/11/2020 | | | | N° DE POLICE : | | | | | | |
| PAR: ALAMI | | | | DATE AT : | | | | | | |
| VISA | | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI | | | | | | |
| BANQUE : BMCE - BERNOUSSI | | | | | | | N° compte bancaire : 01178000049210006006888 | | | |

