

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

Conditions 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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3028

Société : 138956

Actif

Pensionné(e)

Autre : 138956

Nom & Prénom : MUPRAS

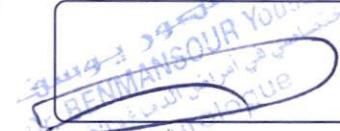
Date de naissance : 29 NOV. 2022

Adresse : ACCUEIL

Tél. : 138956

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 1/1/2023

Nom et prénom du malade : Habiba Ouidar Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ALCI + atopie

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|------------------------|---------------------------------|--|
| 27.02.2010 | Consultation | 1 | 100 | Caissier |
| | | | | Neurologue |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

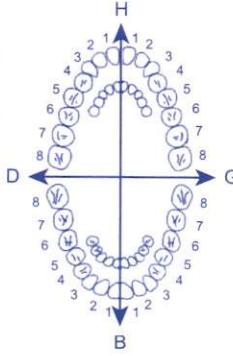
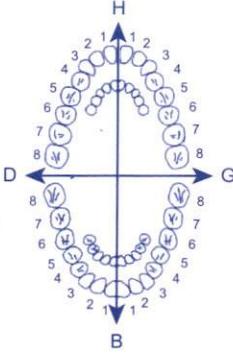
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-------------|-------------------------|----------|---|----------|----------|-------|--|--|---|----------|----------|---|----------|----------|-------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | ----- | | | B | 00000000 | 35533411 | G | 00000000 | 11433553 | Coefficient des travaux |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ----- | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 35533411 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 00000000 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

| N° IPP : 1272481 | N° SEJOUR : 220042971 | FACTURE N° 2205012393 | | | | DATE D'ENTREE : 19/05/2022 | | DATE DE SORTIE : 19/05/2022 | | |
|--------------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------|--------|----------------|----------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|---------|
| ASSURE : | | | | | | DESTINATAIRE : | | HARRATI,Driss | | |
| MALADE : HARRATI,Driss | | UF: 5002 URGENCES | | | | | | | | |
| 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. | CS | 1.00 | 150.00 | 150.00 | | | | | 0.00 | 150.00 |

| | | | | | | | | | |
|---|------------------------|----------------|---|--|--|--|--|----------|--------|
| Intervenant : 26032015 BENMANSOUR YOUSSEF NEUROLOGUE | TOTAUX : 150.00 | | | | | | | | 150.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS | PLAFOND PC : | | | | | | | ACOMPTE: | |
| | RE-MISE : 0.00 | REGLE : 150.00 | | | | | | AVOIR : | |
| | RESTE DU: 0.00 | | | | | | | | |
| DATE FACTURE : 19/05/2022 | EDITEE LE : 27/09/2022 | PAR: IMANE | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | | |
| VISA | | | DATE AT : | | | | | | |
| | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef | | | | | | |
| | | | BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA | | | | | | |
| | | | N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31 | | | | | | |

POLYCLINIQUE CNSS
Derb-Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale
Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



مصحة
POLYCLINIQUE



درب غلف
DERB GHALLEF

PRISDAL 0,5 mg
30 comprimés pelliculés



6 118001 250781

وصفة
DONNANCE

SDAL®

LOT 0104412

EXP 07/24

PPV 32DH60

Le 27/09/22

SDAL®

LOT 0104412

EXP 07/24

PPV 32DH60

primés pelliculés

Hassan El Oufi

PHARMACIE EL RHIZI

YEZERGUR Driss

Spécialisé en Pharmacie

25, Rue Yezergur
X 26 GH 18 Riad El Oufi

CASABLANCA

Tél: 05 22 86 03 07

S.V.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain seba Casablanca
NOZINAN 4 % sol buv
fl.30 ml.
P.P.V.: 38,50 DH

6 118001 080557

أغلى 15 لعنة الكل 48 H

أي 15 لعنة الكل 48 H

فـ 1 - 0 - 211 لعنة الكل 40 لعنة

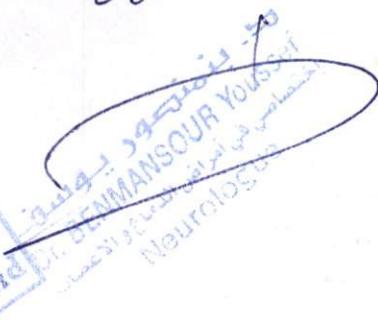
Dr BENIMANSOUR Youssef
المخصوص بـ
عيادة الأسرة والولادة
Neurologue

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 05 22 86 42 05 - فاكس : 05 22 86 42 05
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

38,50
② Niguan gntly
S.V.

orgntly Cwin off du CPB it

U → lightly burn and
off du CPB



T = 103,90

