

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 : 1041

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : NADRY AICHA

Date de naissance : 1959

Adresse : DULFA CASA

Tél. : 066.108.85.89

Total des frais engagés : 180.000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19 OCT. 2022

Nom et prénom du malade : M - NADRY ASRA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection degsbi

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 Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/10/2022			1100 DT	<i>DR ABDERRAHMANE HEDDOUSSI GASTROENTEROLOGISTE & PROCTOLOGISTE CASABLANCA</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ELLOUF</i> Mme. PENEQUIN NEAMA 313, Bd. Oued Tensift EL OUAOUIT	19/10/2022	391,60 DT

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
DEBUT D'EXECUTION				MONTANTS DES SOINS
FIN D'EXECUTION				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	DATE DU DEVIS
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

PHARMACIE EL LOTE
Mme. BENJELLOUN NEAMA
313, Bd. Gued Tensift El Oulemia
Casablanca -

Le 19 OCT. 2022

M NADRY Arbo

79.00 - Relmag 3 sp

57

79.00 - amis sp x 5

57

2 - Relmuc 4

109.00 - D - 8Neu sp



192804 - M80R 40

T=39160 0 - 0 - 1 ac 145

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 - Tel: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

KALMAGAS®

LOT: 220449
PER: 06\2027
PPC: 79,90DH

LOT 211968
EXP 10/2023
PPV 122.80DH

KALMACOL®
Comprimé

Lot: 210758
A consommer
avant le: 10/2026
PPC: 79,90 DH

Lot: DS01/22
DLC: 01/2025
P.P.C : 109,00 DH

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 :	1331161	N° SEJOUR :	220093994	FACTURE N° 2202023046				DATE D'ENTREE :	19/10/2022	DATE DE SORTIE :	19/10/2022
ASSURE :								DESTINATAIRE :	NADRY,Aicha		
MALADE :	NADRY,Aicha				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.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant :	02022017 DR BENDAHMANE ASMAE GASTRO-ENTEROLOGIE	TOTAUX :	150.00							150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE:	150.00		AVOIR :		
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE :	19/10/2022	EDITEE LE :	19/10/2022	PAR:	IMANE	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL:</u>					
VISA					N° DE POLICE :	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					

Centre Consultations
Polyclinique CNSS
Derb-Ghallef