

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 90394

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABRIFF BOUCHAIR

Date de naissance :

Adresse : 18 Rue 18 HAY OUL FA CASA

Tél. : 0660527018

Total des frais engagés : 558,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10 NOV 2022

Nom et prénom du malade : HAFSA Zahrane

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Opération ORL

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

Le : 10.11.2022

Signature de l'adhérent(e) :

ZH

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10.11.20 | | | 150.000 | |
| 10.11.20 | KSA | | 337.500 | |
| | | | | |

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| HARMACIE S CHALAK H Docteur en Pharmacie AV Oues Sibou - EL OUE Fax: 05 22 90 53 45 Casablanca | 10-11-22 | 71.30 |

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

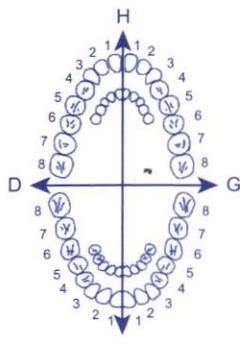
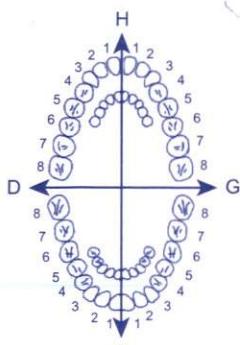
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX  |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 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



درب غلاف

DERB GHALLEF

وصفة ORDONNANCE

Le 10. 11. 82

2130
Mr. H. CHATLA Zehra
Tachla



Tachla

1.6 X3

2 2130

PHARMACIE AL OUARD
S. CHALAK Hal Nasser
Dr. S. Seneb El Oulfa
55 AV. Dr. S. Seneb El Oulfa
Tél/Fax : 05 22 86 53 45
ICE : 00154146800057

Dr. H. SOUIDI
Laryngologiste et Chirurgie
Cervico-Faciale

Id patient:
Nom de famille: hatla
Prénom: zahra

Interacoustics A/S
Drejervænget 8
5610 Assens

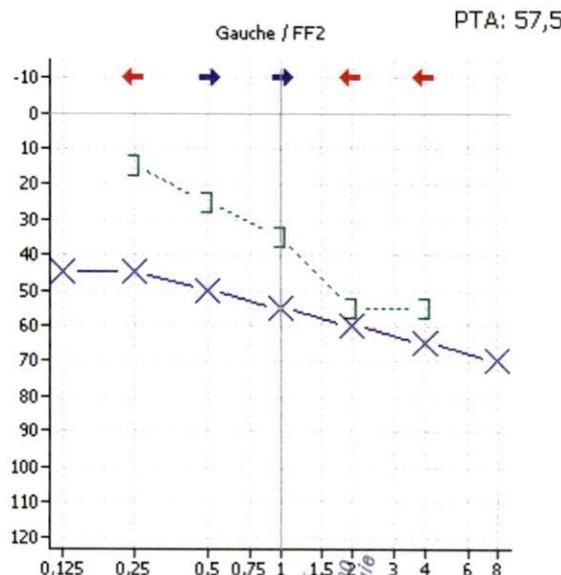
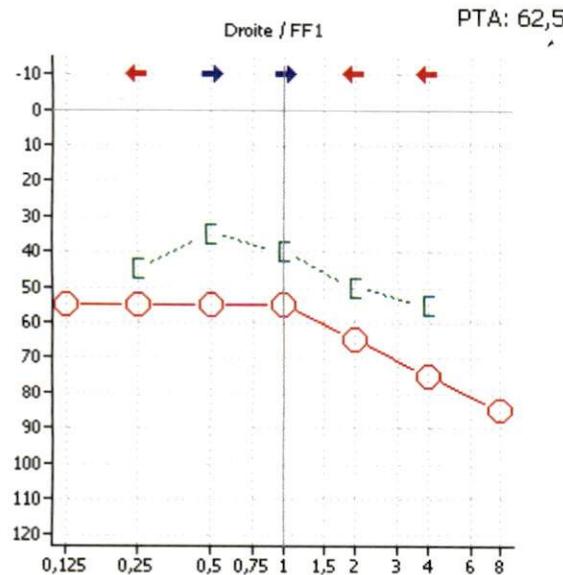


Interacoustics®

leading diagnostic solutions

10/11/2022 13:49:56

Tonale



Présentation des symboles

| Droite | Gauche | Électrode vibratrice | HF1 | HF2 |
|--------|---------------|----------------------|-----|-----|
| H | M | H | H | H |
| HL | ○ △ × □ < >] | Q △ × □ | | |
| UCL | ■ ■ ■ ■ | ■ ■ ■ ■ | | |

Dr H. SOULDÉ
Spécialiste en Oto-rhino-
Laryngologie et Chirurgie
Cervico-Faciale

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 : 1337083 | N° SEJOUR : 220102435 | FACTURE N° 2202025345 | | | | DATE D'ENTREE : 10/11/2022 | DATE DE SORTIE : 10/11/2022 | | |
| ASSURE : | | | | | | DESTINATAIRE : HAILA,Zahra | | | |
| MALADE : HAILA,Zahra | NOM JEUNE FILLE : | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 1: | TIERS PAYANT 2: | N° IMMAT C.N.S.S. : | | | | | | | |
| REF. PC 1: | REF. PC 2: | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : | | | | | | | |
| NATURE DE PRESTATION | | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | TIERS PAYANT 2 | PART DU MALADE | |
| | | | | | | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT |
| AUTRES ACTES COTES EN K | | K | 15.00 | 22.50 | 337.50 | | | 0.00 | 337.50 |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|------|---------|-----------|--|----------|
| Intervenant : 13092017 DR SOULDI HAJAR OTO-RHINO LARYNGOLOGISTE TOTAUX : | | | | 337.50 | | | | | 337.50 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT TRENTÉ SEPT DHS ET CINQUANTE CENTIMES | | | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE: |
| | | | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 337.50 | | AVOIR: |
| | | | | RESTE DU: | 0.00 | | | | |
| DATE FACTURE : 10/11/2022 EDITEE LE : 10/11/2022 PAR: IMANE | | | | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | |
| 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 | | | | | |

Caisse Consultation
Polyclinique CNSS
Derb-Ghallef

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 : 1336927 | N° SEJOUR : 220102237 | FACTURE N° 2202025270 | | | | DATE D'ENTREE : 10/11/2022 | DATE DE SORTIE : 10/11/2022 | | | |
|-----------------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------|--------|----------------|--|-----------------------------|-------------|----------------|---------|
| ASSURE : | MALADE : HAILA,Zahra | | | | | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI | DESTINATAIRE : | HAILA,Zahra | | |
| NOM JEUNE FILLE : | | N° IMMAT C.N.S.S. : | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 1 : | | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 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 |
| CONSULTATION DE SPECIALISTE | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--------|---------|--------|-----------|--|----------|--------|
| Intervenant : 13092017 DR SOULDI HAJAR OTO-RHINO LARYNGOLOGISTE | | | TOTAUX : | 150.00 | | | | | | 150.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS | | | PLAFOND PC : | | | | | | ACOMPTE: | |
| | | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 150.00 | | | AVOIR : | |
| | | | RESTE DU: | 0.00 | | | | | | |
| DATE FACTURE : 10/11/2022 EDITEE LE : 10/11/2022 PAR: IMANE | | | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |

Poly Clinique CNSS
 Casse Consulatation
 Derb-Ghallef