

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.

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

AK2782

Maladie

Dentaire

Optique

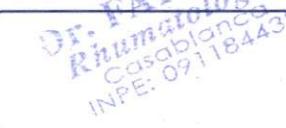
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2941 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre : Jamil el Mouloudi
 Nom & Prénom : Jamil el Mouloudi
 Date de naissance : 01/01/1943
 Adresse : Hy Mme Rachid Imm 2 N° 38 B 609
 Tél. : 06 62 13 11 26 Total des frais engagés : 545,00 + 150,00 = 695,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/03/23 Nom et prénom du malade : JAMIL Mouloudi Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Arthrose lombaire

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 : Pass Le : 13 MAR. 2023

Signature de l'adhérent(e) : Jamil Mouloudi



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
02-03-03	Actes	CV	150	Dr. FAI Rhuza 0184432 NPE 0184432

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA PLACE Hay Rakbout - Rue 12 - N°53 Sidi Moumen - Casablanca Tél: 05 22 70 16 39 ICE : 00163316300023	02/03/23	PHARMACIE LA PLACE Hay Rakbout - Rue 12 - N°53 Sidi Moumen - Casablanca Tél: 05 22 70 16 39 ICE : 00163316300023 150 75 55

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION				
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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 : 1365235	N° SEJOUR : 230020796	FACTURE N° 2302006291				DATE D'ENTREE : 02/03/2023		DATE DE SORTIE : 02/03/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		JAMIL, Milouda		
MALADE : JAMIL, Milouda		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 : 190508 DR FAIK AFAF (RHUMATOLOGUE)			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 : 02/03/2023			EDITEE LE : 02/03/2023	PAR: LAGRIB	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							

Polyclinique CNSS
Casablanca
Derb-Ghallef

وصفة ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 02/03/23

Mr JAMIL Mlonda

- 1 Curartil
149,50 1cp x 2fj pelt 15jous
- PPC : 149,50 DH
Lot :
À consommer de préférence avant le :
- 2 Vitanévril fort
28,80 1cp x 3fj pelt 15jous
- | | |
|-------|-------|
| PPV | PPV |
| LOT | LOT |
| PER | PER |
| 28,80 | 28,80 |
- 3 Pirocteline 300
188,00 1 gelule f. p. r. p. r. pelt 3m's
- PPU 188.00 DH

DR. FAIK Afaf
Rhumatologue
Casablanca
INPE: 091184A32

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 05 22 86 42 05 - فاكس :

Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

④ ~~Redclis 20mg~~



LOT 211149
EXP 04/2024
PPV 52.80DH

52,80

1 cp t/j 2nd year pell 14 days

⑤ Redclis 20mg



97,60

97,60

1 cp t/j le sui^{er} pell 14 days

545,60



PHARMACIE LA PLACE
Hay Rabout - Rue 12 - N°53
Sidi Mouna - Casablanca
Tel: 03 22 78 16 39
ICE: 00152216000000