

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.

N° W21-803033

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 4456

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

MOUSA

MOKHTAR

Date de naissance :

13.12.61

Adresse :

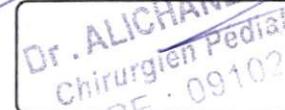
Habiluelle

Tél. : 0661-622-300

Total des frais engagés : 314,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

31.05.23

Nom et prénom du malade :

All. Noule

Age : 14

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Douleur

Bras

bras

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

02.06.23

Le : 02.06.23

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
31/07/2011	Docteur	150,00		INP : LILIANA Dr. ALIASSIME Chirurgien Dentiste TYPE : 09102

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MESSAOUDI Soc. Coopérative d'Industrie et Commerce Houda Avenue de l'Industrie - B.P. 1100 Sidi Bennour, Sidi El Qods Casablanca - Tél. 05 22 73 40 40	31/05/2023	164,50

INPE : 092042332

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



Le devoir de vous protéger

ف
ordonnance

Di-INDO® 25 mg
PPU 64DH50

30 comprimés dispersibles

EXP 07/2025
LOT 20047 1

سيدي البرنوصي
Sidi Bernoussi

le 31/05/23

C M Noubal

64,50

4 Diindo 25 mg
24x2

4 osteo carin 49

100,00

91 Kefi -

24x2

gsv

164,50

1-PI-51

EXP

00 2025

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat
PPV : 100 DH 00

Dr. ALICHANE
Chirurgien Pédiatre
INPE : 091022

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



N° IPP :	479368	N° SEJOUR :	230024725	FACTURE N° 2302010067				DATE D'ENTREE : 31/05/2023		DATE DE SORTIE : 31/05/2023	
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				MOUBAL,Ali						
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 : M0500034 DR. ALICHANE YOUNES				TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU:	150.00					
DATE FACTURE : 31/05/2023		EDITEE LE : 31/05/2023		PAR: MOUJAH		<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>				
VISA						DATE AT :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI				
						BANQUE : BMCE - BERNOUSSI				
						N° compte bancaire : 01178000049210006006888				

