

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

- Reclamation : 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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1754 Société :

Actif Pensionné(e)

Autre : LEZRAG - LAHBRIB

Nom & Prénom :

Date de naissance :

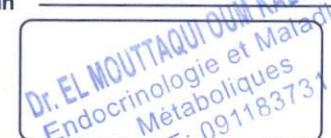
Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 7/7/2023

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète

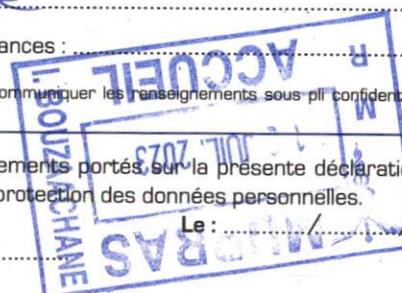
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



Le :

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|----------------------------|---------------------------------|---|
| 07/07/23 | 3 | 100% NOUVELLES JOURNÉES | 150 | Dr. EL MOUTTAHAB Endocrinologie Métaboliques INPE: 091183731 |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 07/07/2023 | 2867,60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

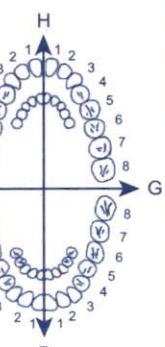
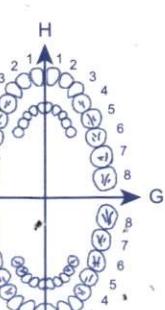
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 | | | |
|  | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| D 00000000 35533411 | B 00000000 11433553 | | | 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 C.N.S.S - ZIRAOUI
 Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



| N° IPP : | 243684 | N° SEJOUR : | 230026884 | FACTURE N° 2302008704 | | | | DATE D'ENTREE : | 07/07/2023 | DATE DE SORTIE : | 07/07/2023 |
|---|--|------------------|------------------|------------------------------|----------------------------------|---------|----------------|-----------------|----------------|------------------|------------|
| ASSURE : | | | | | | | | DESTINATAIRE : | LEZRAG LAHBIB | | |
| MALADE : | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI | | | | N° IMMAT C.N.S.S : | | | | | | |
| NOM JEUNE FILLE : | | | | | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : | | | | | | |
| TIERS PAYANT 1 : | | | | | N° SE. SOC. ETRANG. : | | | | | | |
| TIERS PAYANT 2 : | | | | | | | | | | | |
| REF. PC 1 : | | | | | REF. PC 2 : | | | | | | |
| 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 | |
| ACTES COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE | Cs | 1.00 | 150.00 | 150.00 | | | | | 0.00 | 150.00 | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-------------|------------|--------------|---|-----------------------|--------|--|----------|-----------|--|--|--|--|
| Intervenant : | 792015 DR EL MOUTTAQUI OUM KALTOUM ENDOCRINOLOGIE | 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 : | 07/07/2023 | EDITEE LE : | 07/07/2023 | PAR: | R8280 | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | | | | |
|  VISA | | | | | N° DE POLICE : | | | | | DATE AT : | | | | |
| | | | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI | | | | | | | | | |
| | | | | | BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA | | | | | | | | | |
| N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54 | | | | | | | | | | | | | | |

المملكة المغربية

Royaume du Maroc

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
P.P.V : 390,00 DH

6 118001 031092

الضمان الاجتماعي
+0520 + 0524

وصمة ORDONNANCE

le 7/7/23

H. lezrag laRbilk

137,60

68,80 x 2

(AS)

1) Amarel mg 2 80

390,00 x 7

(AS)

2730,00

Galus Met 801 10000 { 6 més

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

POLYCLINIQUE ADDAMAN ZIR
TÉL : 05 22 20 38 56 / 05 22 22

DGNE - CASABLANCA
64000080 - IF : 1602058 - CNSS : 1793307

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

ZIRAOUI

Dr. EL MOUTTAQUI OUM KALTOUM
Endocrinologie et Maladies
Métaboliques
INPE: 09183731

الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

مصحة الضمان