

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.

M22- 0038215

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :

406

Société :

RAM

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

Qandil Fatima

Date de naissance :

CASABLANCA

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 13 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Soule Fatiha Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

JRC

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : JRC

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
10/17/83	5		15000	 Dr BOURAL Médecin Néphrologue chef de service d'Hôpital Général que CNSI Dépassement que CNSI INP : 0915555555

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/23	1167,20

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	

VOLET AD

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.

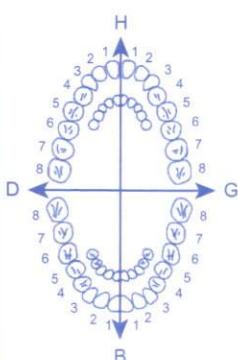
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction] onctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة

ORDONNANCE

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 22E019
PER : 11/2026



LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 22E019
PER : 11/2026



le 10/10/23

Douche FEMINA

60.00 x 8

1 Toplex 500 mg x 2
2A70 x 3

1 Génitoxopurine 100

97.70 x 210

2 ANED C 100 mg x 4

34.60 x 100 mg x 10

1 Dantix 500 mg x 10

1 Eye Care 100 mg x 10

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

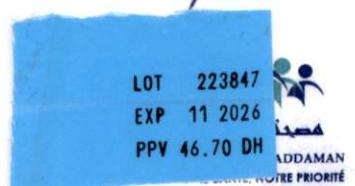
LOT : 22E018
PER : 10/2026



LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

LOT : 22E019
PER : 11/2026



4965
61 Dicembre 2003.00

1 sep / msi

3000

7/ vienne (SV) (91)

1400

16x1

81 ocls 80 (style) te

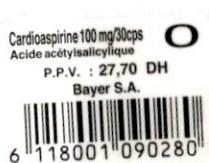
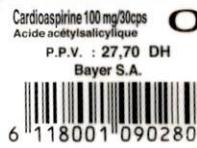
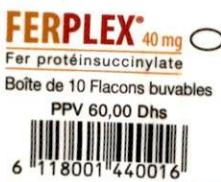
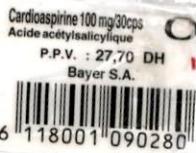
190

11672

PPV: 49,60 DH
LOT: 23C14
EXP: 03/2026



LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140,00 DH



PPV
34DH00



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 :	1396496	N° SEJOUR :	230065961	FACTURE N° 2302017938				DATE D'ENTREE :	10/07/2023	DATE DE SORTIE :	10/07/2023	
ASSURE :								DESTINATAIRE :				
MALADE :	QANDIL,Fatima				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 :	15032019 DR MIRYEM BOURIAL NEPHROLOGUE	TOTAUX :	150.00							150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :		
				RESTE DU	150.00						
DATE FACTURE :	10/07/2023	EDITEE LE :	10/07/2023	PAR:	HAFSA	ACCIDENT DE TRAVAIL:					DATE AT :
VISA					N° DE POLICE :						
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											