

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.

M23- 021187

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02.447 Société : R. A. M 18845
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : MARINSSI Ahmed
Date de naissance : 07/10/1943
Adresse : Résidence el miam im 12 apt 7 el ouffa
El oum Rabia casab
Tél. : 06 61 20 83 36 Total des frais engagés : 188 dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RAISOUNI Nou
Rhumatologie

Date de consultation : 02/10/2013

Nom et prénom du malade : NASSER RAISOUNI Age : 69

Lien de parenté :

Frère Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Polyarthrites

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : RAISOUNI

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie

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 : 29 Mars 2013 Casab Le : 29 Mars 2013

Signature de l'adhérent(e) : NASSER RAISOUNI

MUPRAS **ACCUER** **BOUJAMAL** **2013**

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
2-10-93	CS	15000	15000	Dr. RAISOUNI RHISMALE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INP 2052208	02/10/93	38100

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 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
				Coefficient DES TRAVAUX
				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 غلف
DERB GHALLEF

وصفة
ORDONNANCE

le 02-6-23



مدة صلاحية 30 يوماً

5 جم

x 260

LOT 232306 1

EXP 07 2028

PPV 19 00

1/ ISORE

38,3

Puis

DR ARISSO
Rhume

5 mg :

cp matin
cp soir

5 mg 1 cp soir

Cortazol 1 mg 1 cp matin

Puis

Cortazol 1 mg : 3 cp matin

ISORE 5 mg : 1 cp soir

Puis

Cortazol 1 mg : 2 cp matin

ISORE 5 mg : 1 cp soir

Puis Colbansyl long: 1/2 cp matin } x 1 sem
Isone Sing: 1 sat } x 1 sem

Puis Isone Sing:

et 1/2 cp matin } x 1 sem
et 1/2 cp soir } x 1 sem

Puis Colbansyl long:

2 matin } x 1 sem
2 soir } x 1 sem

Puis Colbansyl long: matin } x 1 sem
2 soir } x 1 sem

Puis Colbansyl long: matin } x 1 sem
1 soir } x 1 sem

Puis Colbansyl long: 1/2 cp matin } x 1 sem
1 cp soir } x 1 sem

Puis Colbansyl long: 1/2 cp matin } x 1 sem
1/2 cp soir } x 1 sem

Puis Colbansyl long: 0 matin } x 1 sem
1/2 cp soir } x 1 sem

✓

Dr. RAISSEIN
Bordeaux

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 : 1419541	N° SEJOUR : 230097598	FACTURE N° 2302025755				DATE D'ENTREE : 02/10/2023		DATE DE SORTIE : 02/10/2023		
ASSURE : <i>Polyclinique CNSS</i> Derb-Ghallef						DESTINATAIRE : <i>NACIRI,Aicha</i> <i>MASSIRI</i>				
MALADE : <i>NACIRI,Aicha</i> <i>MASSIRI</i>		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
CONSULTATION DE SPECIALISTE										

Intervenant : 04042019 DR RAISSOUNI NOUHA RHUMATOLOGUE	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 : 02/10/2023	EDITEE LE : 02/10/2023	PAR: HAFSA	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					