

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

193063

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 903911 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A.B.R.IF BOUCHAIB

Date de naissance : 1987

Adresse : 14000 Casablanca

Tél. : 0660587013 Total des frais engagés : 543 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/11/2013

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Spale

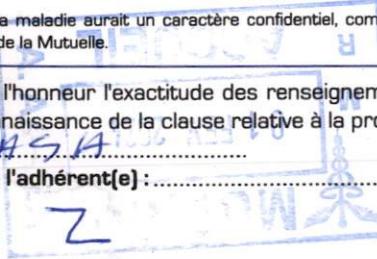
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASABLANCA Le : 12/11/2013

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 |
|-----------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12-12-2023 | 5 visites Polyclinique Derm | 500 DH | 150 | DR. K. BALDI Dermatologue-Vénérologue |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|---|---|
|            |            |            |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

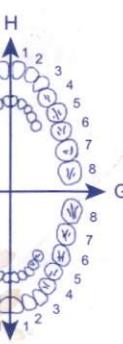
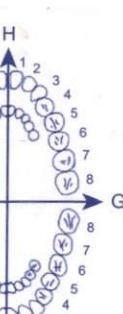
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

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 : 1128723 | N° SEJOUR : 230126219 | FACTURE N° 2302033547 | | | DATE D'ENTREE : 12/12/2023 | | DATE DE SORTIE : 12/12/2023 | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|--|------------------|------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|
| ASSURE : | | | | | DESTINATAIRE : | | HATLA,Zahra | | | | |
| MALADE : HATLA,Zahra | | 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 : | | N° SE. SOC. ETRANG. : | | | | | | | | | |
| REF. PC 1 : | REF. PC 2 : | LETTRÉ | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 % / Dh | MONTANT | TIERS PAYANT 2 % / Dh | MONTANT | PART DU MALADE % / Dh | MONTANT |
| NATURE DE PRESTATION | | CS | 1.00 | 150.00 | 150.00 | | | | | 0.00 | 150.00 |
| CONSULTATION DE MEDECIN. | | | | | | | | | | | |
| CONSULTATION DE SPÉCIALISTE | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|------------------------|------------|---|----------------|--|--|--|-----------|
| Intervenant : M0100021 DR BALINE KENZA | 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 : 12/12/2023 | EDITEE LE : 12/12/2023 | PAR: IMANE | <u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u> | | | | | |
| 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 | | | | | |

Crise Consultation
Polyclinique CNSS - Derb Ghallef

159, 01

B - Atopicalm

60, 10 10 8m

H - Hydrozoll cp

TAM
S.V

3700322548071

Lot n°:

Melisana Pharma FR 94300 Vincennes
Fabricant: FRANCE 61160 Magny-Le-Désert

TA
S.V

11K

LOT 230300 1

EXP 12 2026

PPV 40 10

Pharmacie TAM
Dr. Bennani Jaafar
Bd. Oued Sebou - Oulfa
CASABLANCA
Tél: 0522 90 18 99

302, Bd. Oued Sebou - Oulfa
CASABLANCA
Tél: 0522 90 18 99

Dr. K. BALINE
Dermatologue-Vénérologue

Row 15

Pharmacie TAM
Dr. Bennani Jaafar
302, Bd. Oued Sebou - Oulfa
CASABLANCA
Tél: 0522 90 18 99



وصفة
ORDONNANCE

Ascabiol®
Solution à usage externe
150 ml

18 DH/100 ml



le 12.12.2023

Hattou Zahra

18.20

TAM
S.V.

Dr. Benmali Jaafar
Pharmacie TAM
Casablanca
Tél: 0322 90 19 99

1. Ascabiol
appliquer sur le corps
sous n sage et ODE
réappliquer 5 min après.
appliquer 2 em et 3 em pour
puis se laver le corps
2. x Gel surgras d'uriege
se laver avec