

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.

Pathologie 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.

éducation :

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

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.

RAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° P19- 0037413
ND: 31136

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1384 Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Khamlichi Mohamed

Date de naissance : 01-01-51

Adresse : Aleybar Traoudeh 1/2 16474 Apt 10 Berreka Case

Tél. : 0602454142 Total des frais engagés : 790,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/04/2020

Nom et prénom du malade : Fareha Fahima ep. Khamlichi Age : 47

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Off. Ned (Dyslipidémie et Dyslipoprotéinémie)

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : (Dyslipidémie et Dyslipoprotéinémie)

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 : Cas Le : 01/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
08/04/2020			80100	Dr. CHARALASMAE Médecin Généraliste Polytechnique CNS* Sidi Bernoussi

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI KANI	8/4/20	95000
ou	8/6/20	61600

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	*	DATE DU DEVIS
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		DATE DE L'EXECUTION
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



وصفة

ORDONNANCE

Casablanca, le

08/04/2002

صحة
POLYCLINIQUE
Sidi Bernoussi
Sidi Bernouss

Farkha - ep - /Chenilich
Farkha.

95,- Extra meed op

sup/F lesan

PHARMACIE SAKANI
Dr. El Soufiane
Bld. Chouaib Oul Kaddour Casablanca
Abt. Louhgham Sidi Bernoussi Casablanca
Tel.: 022.74.13.52



Dr. CHARAI ASMAE
Médecin Généraliste
Polyclinique CNSS
Casablanca

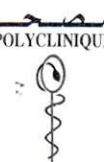
وصفة

ORDONNANCE

Casablanca, le

08/04/2023

دبي البرنوسي
Sidi Bernous



Famili ep Chamlich. Fatma

63 ans - Panumeb. 50/100mg cp

Sup x 2/j q.s.p. 03 mois

19 ans - Diurmine 30 mg cp

Sup 1/j q.s.p. 03 mois

Levothyrox 100 µg

8h-16h sup 1/j

Levothyrox 50 µg

7h-16h sup + 1/2 j

Dr. CHARAF ASMAÏ
Médecin Généraliste
Polyclinique CN

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

à prendre
en temps
le mat
1/2 = auro
le petit.
dejour



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160334



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160334



6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

70022234/010414-1

89,00

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

HAY EL-QODS

20600 CASABLANCA

Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72

INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 404020

N° SEJOUR : 200012189

FACTURE N° 2005003373

DATE D'ENTREE : 08/04/2020

DATE DE SORTIE : 08/04/2020

ASSURE :

MALADE : FARICI,Fatima

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

FARICI,Fatima

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	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
CONSULTATION DE GENERALISTE										

Intervenant : 99968 DR. CHARAI ASMAE	TOTAUX :	80.00								80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE :	
QUATRE-VINGT DHS	REMISE :	0.00	REGLE :				80.00		AVOIR :	
	RESTE DU :	0.00								

DATE FACTURE : 08/04/2020 EDITEE LE : 08/04/2020 PAR : LAHBAR

VISA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

N° DE POLICE :

DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de :

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

BANQUE :

BMCE - BERNOUSSI

N° compte bancaire :

01178000049210006006888