

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Nº W19-457927 / 8488
UAS/CA

UAS

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8488 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABous WATIB

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661888421 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : / / Age : / /

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : / /

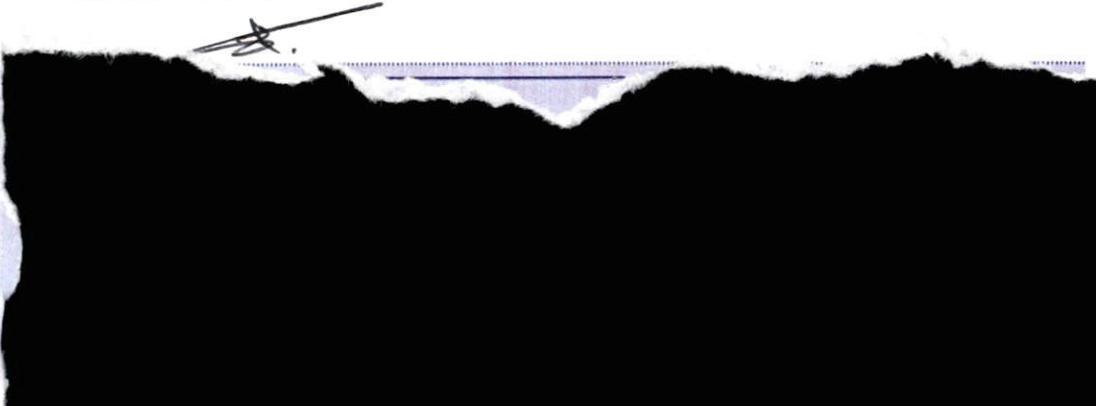
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 21 SEP. 2020

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

RELEVE DES MTAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
01/06/2020	CS		150,00	INP : bala fatou Hôpital Casablanca CASABLANCA
03/06/2020	ct			Dr. MESSAOUDI Gastroenterolo

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/6/2021	339.36

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

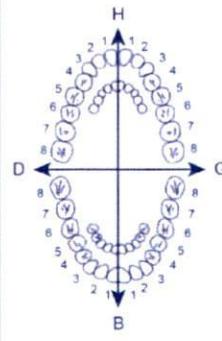
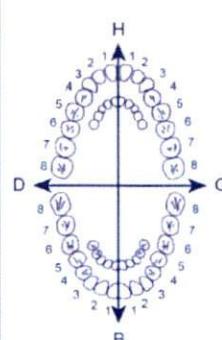
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

BELEVE 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		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"/>

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 3 بهمن ٢٠٢٣

Dr Abdellah WAHIB

1- ECOUSU 1g **(AS)**

15 x 21 x 8 جم **(AS)**

PHARMACIE BD MOHAMMED VI
Dr. HED HARTI
Angle Bd. Med. VI et ELKHAMIL Rue 286
Hay My Abdellah Ain Chock
Tel: 0522 50 49 36

2- Netrozal **(AS)**

100 mg **(AS)** ١٠ جم **(AS)**

3- Cetilipide ٤

٦٦.٨ ٧٤ x ٥ جم **(AS)**

4- Flazin ٣ جم **(AS)**

٣٣ x ٢ جم **(AS)** x ٤ جم **(AS)**

21.05

80 - Truzilac 400mg

1's

75 x 3

$1 \times 30 \times 12.10$
6 - Moridil 80 mg + Urea

1's

180 pp enro 1000 x 2g
x 4 pieces

339.30

Dr. A BENDAHMANE
Hépatogastroenterologue
CASAPLANCA



LOT 19035 PER 09/21
PPV 1150D90

PHARMACIE BD MOHAMMED VI
Dr. Hmed MARTI
Angle Bd. Med. VI et ELKHAYAT Rue 286
N° 37 Hay Ma Abdellah Ain Chock
Tél : 0522 56 49 36

22.20

22 D H 20
21
22
23
24
25
26
27
28

P Y R F
P W O
P L I



POLYCLINIQUE C.N.S.S - 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 : 1145198	N° SEJOUR : 200028874	FACTURE N° 2002006802				DATE D'ENTREE : 01/06/2020		DATE DE SORTIE : 01/06/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ABOUDI,Wahib		
MALADE : ABOUDI,Wahib		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 SPÉCIALISTE										

Intervenant : 02022017 DR BENDAHMANE ASMAE GASTRO-ENTEROLOGIE	TOTAUX : 150.00									150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
	REMISE 0.00	REGLE :							AVOIR:	
	RESTE DU: 150.00									
DATE FACTURE : 01/06/2020	EDITEE LE : 01/06/2020	PAR: HAFSA	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA			N° DE POLICE : 1111111111111111 DATE AT :							
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef							
			BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA							
			N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31							