

RÉCOMMANDATIONS 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.

N° W19-502364

ND: 45030

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 07540		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL HAJI ABDERRAHMANE, ABDEL HAJE
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 01/11/1958			
Adresse : 56, Bd Sidi Abderrahmane, CASA			
Tél. : 066 263 4042		Total des frais engagés : 256,60 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 09/10/2020			
Nom et prénom du malade : EL HAJI ABDERRAHMANE, ABDEL HAJE			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Maladie chronique			
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 : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) :



Le : **09/10/2020**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA FAMILLE DUMONT 130 Sud May Tél: 05 24 86 23 11 BOUEY</i>	01/10/20	32,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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'ODD.

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



درب غلف

Le 10/10/20

Hind EL Archi

+ Eco clus 87/90 1st 82 PPV: 1

02/23
20006
870H90

PPV:22DH20
PER:05/22
LOT:J1414

8/27, 20 Cool temps

LOT 191739
EXP 07/2022
PPV 30.00DH

رقة الصهان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 05 22 86 42 05 - فاكس: 05 22 86 42 05
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05



وصفة
ORDONNANCE

Le 2020/09/19

Mr. El Amin Ali
S.A.T. N° 1
Sufra à Jolles
N° 2

72.3°



Centre CNSS Derb Ghallef
Derb Ghallef - Casablanca



1500 UI - 1 ml

FABR. : 10

LOT : 0399A013

FABR. : FEB. 2020

EXP. : JAN. 2022

ATEUR DU MAROC - 1 Place Louis Pasteur 20360, Casablanca
AMM N°: 268R / 18 DMP / 21 / NRQ
IS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS*



PHARMACIE
Derb Ghallef - Casablanca
N° 130, El Moudawia
Tél: 0522 86 22 96
Fax: 0522 86 22 95



N° IPP : 1171034	N° SEJOUR : 200063756	FACTURE N° 2005038881				DATE D'ENTREE : 09/10/2020		DATE DE SORTIE : 09/10/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ELARCHI,Hind		
MALADE : ELARCHI,Hind		UF: 5002 URGENCES				N° IMMAT C.N.S.S :				
NOM JEUNE FILLE :										
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.										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F		CN	1.00	120.00	120.00				0.00	120.00

Intervenant : 8072010 DR CHAKIB SAADIA	TOTAUX :	120.00							120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :						ACOMPTE :
CENT VINGT DHS									
DATE FACTURE : 09/10/2020	EDITEE LE : 09/10/2020	PAR: BAKHRI	REPRISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
VISA			RESTE DU:	120.00					
		ACCIDENT DE TRAVAIL :							
		N° DE POLICE :						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					

