

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

N° P19- 0040281

47296

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1384

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : KHAMILCHI Mohamed

Date de naissance : 01-01-1951

Adresse :

Tél. : 06 02 15 41 42 Total des frais engagés : 357,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Khalil Lemkadem
Dermato-vénérologue

Date de consultation : 09/11/2020

Nom et prénom du malade : KHAMILCHI Mohamed Age: 70

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dermatose

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 : 13/11/20

Signature de l'adhérent(e) :

H. Kh



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/11/2020 | | 6 | 1500 DT | <i>Khadija Benkaddouj Gynato-vénérologue</i> |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>HARMACIE DU PARADISI</i> Dr. BOUSTANE ZAKIA CL - N° 8 Dar L... Monogram 1/0522 | 09.11.20 11/11/20 | 257.30 48.30 |
| | | |

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| <i>CHAMPIGNE DU PARADIS Dr. BOUSTANE Zakia N° 8 Dar Lamane Tél.: 0522.60.45.11</i> | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|------------------------------|--|---|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | H 25533412 00000000 D ————— ————— G 00000000 35533411 B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

وصفة ORDONNANCE

le 09.11.2020

KHAMILI CH Mohamed

S.V

2000

①

clenidem cream

S.V

87,30

87/1g 17g

le SIDI



②

Dermofix cream

S.V

50,00 + 2

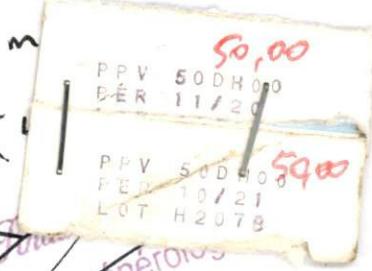
③

cintec cp

207,30

140/1g b1

RDV 24 nov



Di...
Dermato vénériens

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



Facture N° 10 Du 11/11/2020

10/11/2020 Khawlaoui Med

| FO | PRODUIT | QTE | PRIX | QTE * PRIX |
|----|---------------------------|-----|-------|--------------|
| PD | DIPROSONE PDE GM | 1 | 32.50 | 32.50 |
| CP | DOLIPRANE 1G EFFERVESCENT | 1 | 15.80 | 15.80 |
| | Total | | | 48.30 |

Arrêtée la présente facture à Quarante Huit Dirhams Et Trente Centimes



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 : 504373 | N° SEJOUR : 200036780 | FACTURE N° 2002015946 | | | | DATE D'ENTREE : 09/11/2020 | | | | DATE DE SORTIE : 09/11/2020 | | | |
|-----------------------------|-----------------------|--|------------------|--------|----------------|----------------------------|----------------|---------|----------------|-----------------------------|--|--|--|
| ASSURE : | | | | | | DESTINATAIRE : | | | | | | | |
| MALADE : KHAMLICHI,Mohamed | | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI | | | | KHAMLICHI,Mohamed | | | | | | | |
| 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 : 100103 DR. LEMKADEM KHALIL | | | | 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 : 09/11/2020 EDITEE LE : 09/11/2020 PAR: ALAMI | | | | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | | | | | |
| VISA | | | | 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 | | | | | | | | | |

