

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal 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



53615

Déclaration de Maladie : N° P19-0007149

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) _____

Matricule : 52 Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre : _____

Nom & Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tel. : 05 29 42 52 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 08/11/2020

Nom et prénom du malade : Affectin ONI, Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affectin ONI

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 : _____ Le : _____/_____/_____

Signature de l'adhérent(e) : _____

RELEVÉ DES FRAÏS 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
17-12-2020	Catole		15000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8-12-20	315,30
	17-12-20	90,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

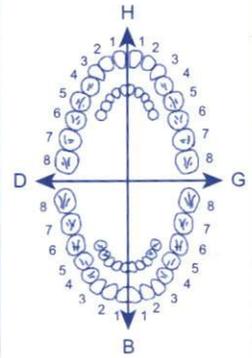
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAÏS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

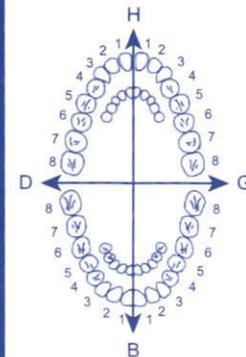
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan.

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		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		B	
00000000	00000000		
35533411	11433553		



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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



وصفة
ORDONNANCE



Le 08-12-2022

Le: Henni Noufissa

- ① Flucanazol 50 SV
85,100 1 gel / j 10 j
45,100 1 gel / j 10 j
- ② Daktarin gel buccal SV
53,100 1 app x 2 j 10 j
- ③ Cespedes 20 SV
99,100 1 gel / j 10 j
3,153,00

PHARMACIE RACHIDI
DR. RACHIDI
V.G. LOI DALI
CASA. TEL: 0522 86 30 27

Dr. H. SULEDI
Spécialiste en Otorhinolaryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale

17-12-2020
Revoir Jeudi à 13h
proche
Contrôle

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Dj Zanata Ain seba Casablanca
Daltarin gel buccal t40g
P.P.V: 53,00 DH
6 118001 180745

OMYC 50mg

onazole

AFRIC-PHAR
LOT 189036 EXP 10/2021
PPV:85DH00

7 Gélules
Voie orale

NOMYC® 50 mg
7 gélules



OEDES 20mg

28 gélules

6 118001 100088

LOT 191742
EXP 07/2022
PPV 99.00DH

OMYC® 50mg

onazole

LOT 202946 EXP:03/23

PPV:78DH30

أفريك
AFRIC-PHAR

7 Gélules
Voie orale

NOMYC® 50 mg
7 gélules



V8

وصفة
ORDONNANCE



Le 17.12-2020

Le - Henni Noufissa

Xyzal 5 mg 

90,50

1 cp 6 le soir

/ 03 semaines

90,50



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 : 1183441	N° SEJOUR : 200080605	FACTURE N° 2002020047		DATE D'ENTREE : 08/12/2020	DATE DE SORTIE : 08/12/2020
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		DESTINATAIRE : HIMMI,Noufissa	
MALADE : HIMMI,Noufissa		N° IMMAT C.N.S.S :			
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :			
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :			
TIERS PAYANT 2 :					
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :			

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 DE SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 13092017 DR SOULDI HAJAR OTO-RHINO LARYNGOLOGISTE	TOTAUX :	150.00								150.00
---	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :		ACOMPTE :	
	REMISE :	0.00	REGLE :	
	RESTE DU :	150.00	AVOIR :	

DATE FACTURE : 08/12/2020	EDITEE LE : 08/12/2020	PAR: ZBIRY	ACCIDENT DE TRAVAIL :	
---------------------------	------------------------	------------	-----------------------	--

VISA	N° DE POLICE	DATE AT :
------	--------------	-----------

Réglement 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

