

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 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° W19-486483

| | | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire 23130 | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 11986 | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : <i>Tommy Leila</i> | | | |
| Date de naissance : <i>02/10/1979</i> | | | |
| Adresse : <i>HASSANIA II BLAC AN - 133</i> | | | |
| CLINIQUE MOHAMMED V | | | |
| Tél. : <i>0668514999</i> | Total des frais engagés : <i>A34106 + 2M</i> Dhs | | |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| <input type="checkbox"/> Cachet du médecin :  | | | |
| Date de consultation : <i>02/01/2020</i> | | | |
| Nom et prénom du malade : <i>Tommy Leila</i> Age: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : <i>GEA</i> | | | |
| 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) : 

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02/01/2020 | CS | 1 | 134,06 | INP : 09102014770 Dr. EL BAROUDI FATHI Service Des Urgences Polyclinique CNSS 100 HANIMEDIA |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| MAHDI MOURAD PHARMACIE IDHAM 77, Bd Riaç Essalam Mohammedia - Tel: 0523 300 002 | 22/01/2020 | 211,00 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|-------------|----------------------------|
| | | | | <input type="text"/> |
| <img alt="Diagram of a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arch | | | | |

POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA

INARA I 20650 MOHAMMEDIA

Téléphone: 0523-32-47-59/60/62 Fax: 0523-32-47-6

INPE: 090001470 | ICE: 001757364000080 | F: 160205



| | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--|--|-----------|--------|
| Intervenant : V110 DR ELBAROUDI GHITA | TOTAUX : | 134.06 | | | | | | 134.06 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT TREnte QUATRE DHS ET SIX CENTIMES | PLAFOND PC : | | | | | | ACOMPTE: | |
| | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 134.06 | | | AVOIR : | |
| | RESTE DU: | 0.00 | | | | | | |
| DATE FACTURE : 02/01/2020 | EDITEE LE : 02/01/2020 | PAR: KHADIJ | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | |
| VISA | | | N° DE POLICE : | | | | DATE AT : | |
| | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : | POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA | | | | |
| | | | BANQUE : | BMCE-CENTRE D'AFFAIRES-MOHAMMEDIA | | | | |
| | | | N° compte bancaire : | 011.787.0000152100060443.40 | | | | |





وصفه

ORDONNANCE

le 02.01.2020

Dr. Touimi Leila



1) Bactri par voie cutané fort

par 6 j.



2) N9 spé fort

3) Bedelix

par 5 j.



4) Zelen 30

par 3 j.



MAHDI MOURAD
PHARMACIE IDHAM
77, Bd Riad ESSalam
Mohammedia. Tel: 0523.300.002

Dr. EL BARDI Ghita
Service Des Urgences
Polyclinique CNSS
MOHAMMEDIA

2020

Polyclinique CNSS Mohammedia, Hay INARA II
Tél. : 05.23.32.47.61/60/62 - Fax : 05.23.32.47.61

CO-TRIM[®] FORT

20 comprimés

PPV 38DH00

EXP 08/2023

LOT 97010 4

NO - SPA FORTE 80MG
LOT : 97010 4
CP 820
PER : 12/2021
P.P.V : 45DH00
S 118000 0618

