

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 | adhésion@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.

Déclaration de Maladie

N° W21-612886

62 861



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12700

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SOUFIANE HANANE

Date de naissance :

18/06/1987

Adresse :

Tél. :

06-61-61-2-18-50

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

10/02/2021

Nom et prénom du malade :

Soufiane Hanane

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hanane

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 : 18/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE					
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 PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
		D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
		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					



le 13/10/2021

SOUFIANE HANANE

140.00

Rebbo

L.

S.V

66.80

Plom

S.V

206.80

DAKHATE SIDIKA
CNSS
الضمان الاجتماعي
EL JADIDA

Pharmacie de la CLINIQUE
Dr. Housni MOUAHIDI
Tél: 05 23 39 18 70
EL JADIDA



MEBO

Pommade dermatique
à base de plantes
30 g

0,25% β -sitosterol

Ce médicament contient de l'huile de sésame comme excipient à effet notoire

Industries Pharmaceutiques du Golfe, Ras Al Khaimah, E.A.U.

julphar

Avec l'autorisation de Beijing Guangming Chinese Medicine Institute for Burns, Wounds & Ulcers, China et de l'inventeur de MEBO, le Professeur Xu Rongxiang.

Indications: MEBO est utilisé pour le traitement de tous les types de brûlures, de lésions traumatiques ou infectées, d'ulcères des jambes et de la peau. MEBO rend à la peau son état naturel. **Comment l'utiliser?** Etendre une couche d'un mm d'épaisseur sur la plaie et répéter cette application toutes les 4 heures après avoir essuyé soigneusement les restes de pommade et de liquide avec un mouchoir en papier doux ou un morceau de gaze; jusqu'à cicatrisation. **Lire la notice intérieure pour les instructions détaillées.** **Tenir hors de la portée des enfants.**

Conserver à des températures inférieures à 25°C.

AMM: 1584DMP/21/NNP

Distribué par les: Laboratoires Novopharma,
Z.I.I2, Tit Mellil, Casablanca.

PPV: 140,00 Dhs



فلامازین®
کریم

سولفادیازین
فضی

SINCLAIR



LOT / BATCH: 16147
FAB / MFR: 02-2020
EXP: 01-2023

50 g e

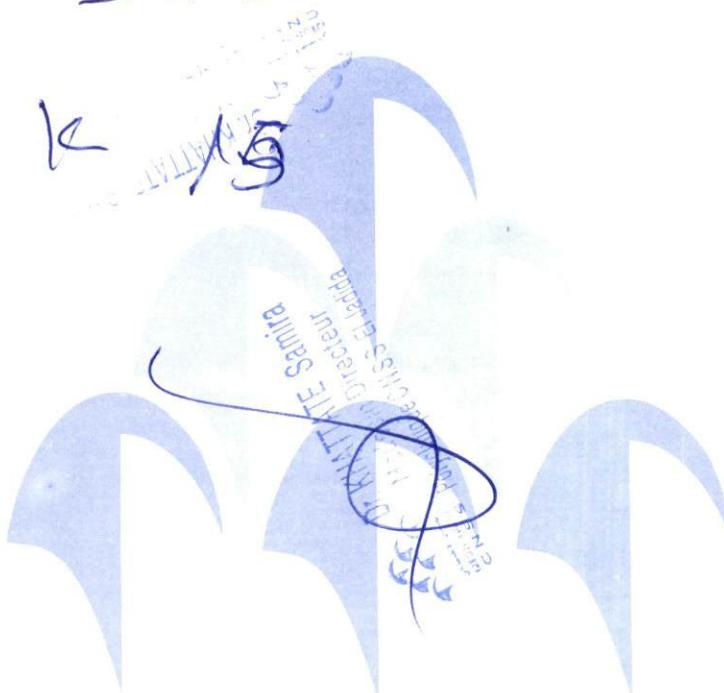
PPV: 66,80 DH

وصفة
ORDONNANCE



le ١٩/٥/٢٠٢٣

SOUFIANE HANANE



Route Sidi Bouzid

24000 EL JADIDA

Tél: 0523-39-15-28/35/80 Fax: 0523-39-47-51

INPE: 110001443 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	333930	N° SEJOUR :	210003820	FACTURE N° 2105001815				DATE D'ENTREE :	19/02/2021	DATE DE SORTIE :	19/02/2021
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	SOUIFANE,Hanane				UF:	5002 URGENCES	SOUIFANE,Hanane				
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	
AUTRES ACTES COTES EN K											
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	15.00	22.50	337.50					0.00	337.50	

Intervenant :	1000031 DR KHATTATE SAMIRA (PEDIATRE)	TOTAUX :	337.50							337.50
---------------	---------------------------------------	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :						ACOMPTE	
TROIS CENT TRENTÉ SEPT DHS ET CINQUANTE CENTIMES	REMISE	0.00	REGLE :	337.50			AVOIR	
	RESTE DU :	0.00						

DATE FACTURE :	19/02/2021	EDITEE LE :	19/02/2021	PAR :	MOSTA	ACCIDENT DE TRAVAIL :		
----------------	------------	-------------	------------	-------	-------	-----------------------	--	--

VISA

A handwritten signature in blue ink, appearing to be a name, is placed over the VISA section of the document.

N° DE POLICE :		DATE AT :	
Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - EL JADIDA	
BANQUE :	BMCE LOT ALBOUCHRA 6 RTE MARAKCH - ELJADIDA		
N° compte bancaire :	011 170 0000 08 210 00 60816 58 EL JADIDA		