

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.

Médecine 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.

Éducation :

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.

Prothèse et Traitement :

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.

Déclaration de 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

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.

Nº P19- 063041

ND: 78684

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 882 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ABBED

H272

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie de phacide

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



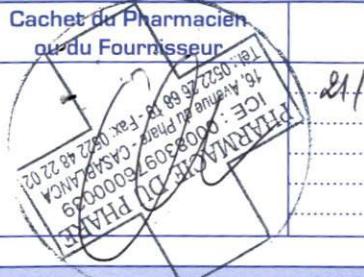
Le : 09/07/2021

R ACCUEIL N

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 Pajement des Actes
15/6/21			200,00	<p><i>Pr. Abdelkrim LARGAB</i> Spécialiste en Traumatologie Orthopédie Bureau B, N°258, Rue Mustapha El Maâni Mers Sultan - Casablanca Tél.: 05 22 22 33 00 / 01</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES



Date

Montant de la Facture

21/06/2021

287,10

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>SERVICE RADIODIAGNOSTIQUE CLINIQUE CNSS</i>	15/6/21	<i>Radi</i>	300,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A coordinate system with axes				

Casablanca, le

27/6/2011



Mme ABBED S+NHA



228,00
19 Augmentin sachet 1

1 sachet x 3 ⌂ x 80,-

65,10

29 Ultra levam gelée

1 gelée x 3 ⌂ x 80,-

287 110

8 Klipal 8
Apr 13 Sanj

A large, hand-drawn blue scribble or signature mark, consisting of several overlapping loops and curves, occupies the center of the page below the date.



buvable en sachet
poudre pour suspension

1g / 125 mg



AUGMENTIN

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg

Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU : 222,00 DH
LOT : 645517
PER : 06/22



Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

Lot:
مجموعة

Fab:
صنع

EXP.:
 صالح لغاية

731 11-2020
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

11 2023

BIOCODEX
Maroc



كبسولات
250 طبلة
20

أوكالترس - الوجهير®
اروميسيس بولاردي
CNCM I-745

OK,

Casablanca, le

10/6/2021

Mme SENTHAZ EL GANTI Hafida

fax Bunn Face

Rx Hache 6/17

SERVICE RADIODIAGNOSTIQUE
Clinique CNSS Ziraouz

POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
CASABLANCA - ZIRAOUD
~~Frais pris en charge~~

Pr. Abdelkrim LARGAB
Spécialiste en Traumatologie
Orthopédie
Bureau B, N°258, Rue Mustapha El Maâni
Mers Sultan - Casablanca
Tél.: 05 22 22 33 00/01



N° IPP : 718057 N° SEJOUR : 210003842

FACTURE N° 2103001593

DATE D'ENTREE : 11/06/2021 DATE DE SORTIE : 11/06/2021

ASSURE: POLYCLINIQUE DE LA

DESTINATAIRE:

MALADE: SENHAJI EL GHAWATI, Hafida

SENHAJI EL GHAWATI, Hafida

NOM JEUNE FILLE: CASABLANCA - ZIRAOUI

TIERS PAYANT 1: Fonds Pôle Santé

TIERS PAYANT 2:

REF. PC 1:

REF. PC 2:

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

NATURE DE PRESTATION

LETTRE
CLENOMBRE
x COEFPRIX
UNITAIRE

TOTAL

TIERS PAYANT 1

% / Dh

MONTANT

TIERS PAYANT 2

% / Dh

MONTANT

PART DU MALADE

% / Dh

MONTANT

ACTES DE RADIOLOGIE

Acte de Radiologie Médicale

Z

30.00

10.00

300.00

300.00

300.00

Intervenant : M0200021 DR MESTOUR MOHAMED

TOTALS :

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE :

0.00

REGLE :

300.00

AVOIR:

RESTE DU:

0.00

DATE FACTURE : 11/06/2021

EDITEE LE : 11/06/2021

PAR: SIBAI

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

N° DE POLICE :

VISA

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI

BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA

N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54

POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
CASABLANCA - ZIRAOUI
Frais pris en charge

SERVICE RADIOLOGIE
Polyclinique CNSS Ziraoui