

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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

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 caractére 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

Nº M20- 0005075

8 334 6

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1754

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

LEZRAG

Autre :

LAHbib

Date de naissance :

1947

Adresse :

DERB MAZOLA

RUE 4 PORTE 18 Apt 19

Hay HASSANI

CASABLANCA

Tél. :

06 65 854 674

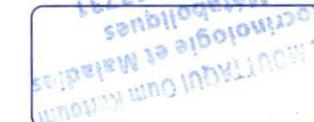
Total des frais engagés : 071,60

Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

29/07/2021

Nom et prénom du malade :

Lezrag Lahlil

Age : 1947

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dialytique

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 : 08/09/2021

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
20/07/2021	Consultation	5	150,00	DR. MONTAGNA G. MEDICOLOGIE ET MEDAILLES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Détail du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHIFA N. TAHRIR HASSANI 10 Ave. Hassan II Casablanca	29/07/2021	721,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة

ORDONNANCE



الزيراوي
ZIRAOUI

le 29/7/21

H. leznaG. LaRbel

406,80 - 45,80 x 29.

1) Glucophage 850 mg

18 x 36 aps repas
78,70 x 4

314,80

2) Diamicron 60 mg

1cp x 6 mardi
avant repas

721,60

(un de 6 mois)

REVENT SARL
PHARMACEUTIQUE
M. EL HADJI HASSAN
10 Ave. Afghanistan
Tun Hassan, Casablanca
Tel: 0522 90 32 63; fax: 0522 90 46 04

Dr OK EL MOUTTAQUI
ICE: 001861940080004
INPE: 09118378

Glucophage® 850 mg

60 Comprimés pelliculés



EXP 11/2025
PPV 45.20DH

Glucophage® 850 mg

60 Comprimés pelliculés



EXP 02/2025
PPV 45.20DH

Glucophage® 850 mg

60 Comprimés pelliculés



EXP 11/2025
PPV 45.20DH

60 Comprimés pelliculés



45,20

Glucophage® 850 mg

60 Comprimés pelliculés



45,20

Glucophage® 850 mg

60 Comprimés pelliculés



EXP 02/2025
PPV 45.20DH

Glucophage® 850 mg

60 Comprimés pelliculés



45,20

Glucophage® 850 mg

60 Comprimés pelliculés



45,20

Glucophage® 850 mg

60 Comprimés pelliculés



45,20

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg



78,70

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg



78,70

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg



78,70

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg



78,70

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI
Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA

Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 305535	N° SEJOUR : 210007655	FACTURE N° 2102002264				DATE D'ENTREE : 29/07/2021		DATE DE SORTIE : 29/07/2021		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		LEZRAG LAHBIB		
MALADE : LEZRAG LAHBIB		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				N° IMMAT C.N.S.S :				
NOM JEUNE FILLE :										
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
ACTES COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 792015 DR EL MOUTTAQUI OUM KALTOUM ENDOCRINOLOGIE	TOTAUX : 150.00									150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC : *									ACOMPTE :	
	REMISE : 0.00	REGLE : 150.00								AVOIR :	
	RESTE DU : 0.00										
DATE FACTURE : 29/07/2021	EDITEE LE : 29/07/2021	PAR: JOUHIR	ACCIDENT DE TRAVAIL :								
VISA			N° DE POLICE :				DATE AT :				
			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											