

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.

Diagnostique 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 048506

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1384 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHAMLIHI Mohamed

Date de naissance : 01-01-51

Adresse : ALA2har Tranche 07/1 Apt 10 144 14

Bernousi - CASABLANCA

Tél. : 06 02 15 41 42 Total des frais engagés : 1988,50 + 101,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/02/2022

Nom et prénom du malade : FARICI FATIMA Age: 1974

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Dyslipidémie

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 : 16/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

RELEVÉ 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
03/02/22			18,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Résidence El Mouahidine Dr. MORANE Mouad	03/02/22	1838,50
	16/02/22	1011,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

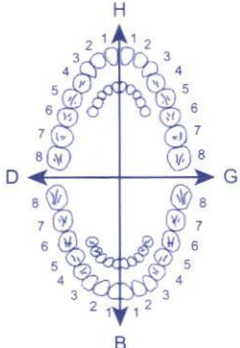
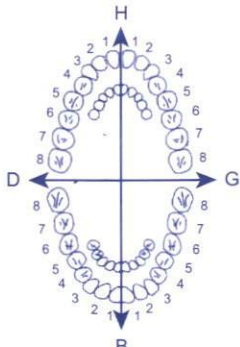
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



سيدي البرنوصي
Sidi Bernoussi

le 03/02/2022

n- Fatic Fatic

(24,40x3)
1) 1/2 usthyan 120 mg

(13,40x5)
2) 1/2 usthyan 50 mg

(78,70x3)
3) Diclo 120 mg

(437,60x3)
4) 1/2 120 mg



Dr. Hayat AHANDAR
Endocrinologie - Maladies Métaboliques

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72

$$13.49 \rightarrow 17 \text{ p.d.} + 15 \text{ j.s.}$$

6) Leva 2 only
57.50
soulty p d + 3j

36.77) $\frac{\text{Ryco 2 p}}{12 \text{ p 2 2 7}}$

8) Thiobarbituric acid

49.60 g) P. a. futa 10

T 18 38,50



Distribué par MSD M
AMM N° : 268/19/DM
P.P.V: 437 00 DH.

istribué par MSD
MM N° : 268/19/I
...V: 437,00 DH.

IM N°: 268/19/D
V: 437,00 DH.

les buyables

PPV: 49,60 DH
LOT: 21129
EXP: 09/2024

LVI = 08U21U60
 TEK = 06/2026
 PPU = 36,70 DH

Topique

[illegible]

PHARMACIE RESIDENCE EL MOUAHIDINE
DR MARJANE MOUNIA
RESIDENCE EL MOUAHIDINE. BD LA
GRANDE CEINTURE

LOT: A090510-1
 PER: 07-2022
 PPV: 33,00DH

15180
 PER 07/22
 LOT 11733

Tél : 0522674599

16/02/2022

KHAMLIHI MOHAMED

ICE : 00046880000069



FACTURE N° : 2824

du 16/02/2022

QTC	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	DOLIPRANE 1000 MG BT/10 CPS	14,00	28,00	7%
1	DIPROSONE POMMADE 15 GR	24,20	24,20	7%
1	DOLIPRANE 500 MG X 16 CP EFPE	15,80	15,80	7%
1	SPECTRUM COLLYRE	33,00	33,00	7%

Total TTC 101,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
CENT UN DIRHAMS

TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	94,39	6,61
		94,39	6,61
			101,00



CNSS :
Compte :

I.C.E : 00046880000069
Patente : 31836220

INPE:092050301
R.C : 301800

I.F :
RIB :

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI
 HAY EL-QODS
 20600 CASABLANCA
 Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72
 INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 404020		N° SEJOUR : 220004771		FACTURE N° 2202001830		DATE D'ENTREE : 03/02/2022		DATE DE SORTIE : 03/02/2022			
ASSURE :				DESTINATAIRE : FARICI, Fatima							
MALADE : FARICI, Fatima											
NOM JEUNE FILLE :											
TIRS PAYANT 1 :											
TIRS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
CONSULTATION DE MEDECIN						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00 150.00	
Intervenant : 100093 DR. AHANDAR HAYAT					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 : 03/02/2022					EDITEE LE : 03/02/2022		PAR: GHAILA		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA					N° DE POLICE :		DATE AT :				
					Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI				
					BANQUE :		BMCE - BERNOUSSI				
					N° compte bancaire :		011780000049210006006888				