

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.

Biologie 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.

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

104119 Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]
1384

Matricule :

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KHAMILCHI

Nohamed

Date de naissance :

01-01-51

Adresse :

Alazhar Trouche 07/1 Apt 10 1444 14

Bernoussi - EASA

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

Age : 1974

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète + Hypothyroïdie

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 : 16/02/2022

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
03/02/22			160,00	Dr. Hayat AHANDI Buccinodont Médical 09197708

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

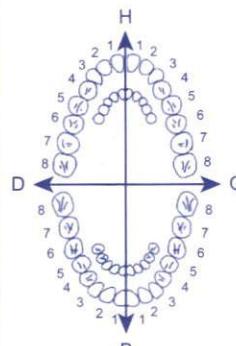
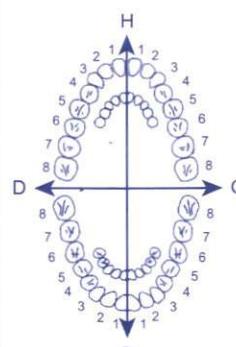
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B	
	D 00000000	G 00000000		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة ORDONNANCE

le 03/02/2022

n° Facci Fatima

(24,40 x 3)

1) le usthypon

50 µg

(13,40 x 5)

2) le usthypon

50 µg

(78,70 x 3)

3) Di

β 1 x 11

(437,10 x 3)

4)

β 1 x 11

Pharmacie
Résidence El Meuhidine
Dr. MORJANE Mounia

El Meuhidine, Rés. Abdelloumen Bd la Grande Sérurie

05.22.61.4

P-14
P-3

Dr. Hayat AHANDAR
Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

5) Colchicine drop

~~B, Hg~~ → 17 + ~~15 Jr~~

g) leveraging on

~~51,5° south p d+3j~~

36.77) Nycodim + Aspirin

8) What are

49.60 D. C. fits P
49.60 ~~116gr.~~ Pdr.

T 18 38,5c



Distribué par MSD N
AMM N° : 268/19/DM

PV: 49/50 DH
DT: 21/29
XP: 09/2024

LUI : U8U21U60
FER : 05/2026
PPU : 36,70 DH

Distribué par MSC
VM N° : 268/19/I

V: 437,00 DH.

100

八

IMN°: 268/19/D

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

Tél : 0522674599

KHAMLICHI MOHAMED

ICE : 00046880000069



16/02/2022



FACTURE N° : 2824

du 16/02/2022

Qte	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 EFFE	15,80	15,80	7%
1	SPECTRUM COLLYRE	33,00	33,00	7%

Total TTC 101,00

*Recette
Pas de facture*

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
			101,00



CNSS :
Compte :

I.C.E : 00046880000069
Patente : 31836220

INPE:092050301
R.C : 301800

I.F :
RIB :



N° IPP :	404020	N° SEJOUR :	220004771	FACTURE N° 2202001830				DATE D'ENTREE :	03/02/2022	DATE DE SORTIE :	03/02/2022
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								FARICI,Fatima		
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	
CONSULTATION DE MEDECIN											
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 :					
						N° DE POLICE :	DATE AT :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI				
						BANQUE :	BMCE - BERNOUSSI				
						N° compte bancaire :	011780000049210006006888				