

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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

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.

Citaire :

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1754 Société : M2867

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LEZ RAG LAFIRIB

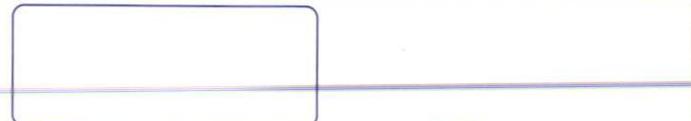
Date de naissance :

Adresse :

Tél. 065851674 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Age:

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :



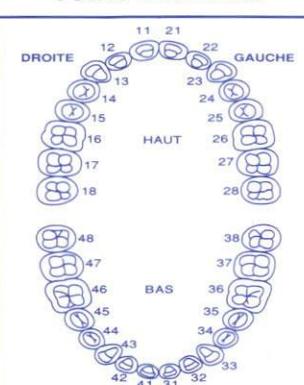
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

Coefficient des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient des travaux

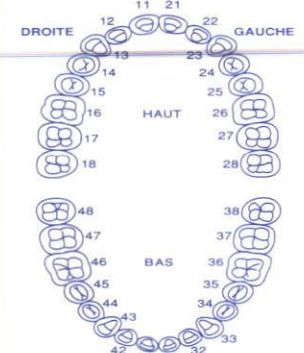
Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



H

25533412	21433552
00000000	00000000

G

D

00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N° P 17 / 0060679



Mme

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 1754

Nom & Prénom LEZRAG LAHRIB

Fonction RETRAITE

Phones 06 65 85 46 74

Mail

MEDECIN Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age 1947

Nature de la maladie

Signature de

l'adhérent

Date

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

3/02/2015

2

1590

PHARMACIE Date 03/02/2012

Montant de la facture

2087,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX Date

Nombre

AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

CACHET

وصفة
ORDONNANCE

le 03/01/02.

Les noms de la famille

J Amal kong,

137.60



1) Mouloud 68.80 x 2
2) Mounir 100.00

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
M. TAHIRI HASSANI
10 Ave. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tel: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 04

1950.00



2087.60

ou Galvan Met 50/1000
lit de 06 ml's

390.00 x 5

Dr AFA
Spécialiste en Endocrinologie
et Nutrition
Sidi Baba, Casablanca
Assida 7, Etg 1, Bp 13 - Casablanca
Tel: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 04

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
M. TAHIRI HASSANI
10 Ave. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tel: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 04

4 mg

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

active substance

/glimeniride

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

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



النَّهْمَانُ الْإِجْتِمَاعِيُّ
 CNSS

0 9 0 0 0 1 5 5 3

N° IPP :	734548	N° SEJOUR :	220003886	FACTURE N° 2202001052				DATE D'ENTREE : 03/02/2022				DATE DE SORTIE : 03/02/2022				
ASSURE								DESTINATAIRE :								
MALADE :	UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				LERAG,Lahbib											
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						
ACTES COTES EN C				150.00						0.00	150.00					

Intervenant : 10717 DR AFANE HOUDA ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES MET	TOTAUX :	150.00									150.00			
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :								ACOMPTE:				
		RÉMISE :	0.00	REGLE :	150.00					AVOIR :				
		RESTE DU:	0.00											
DATE FACTURE : 03/02/2022	EDITEE LE : 03/02/2022	PAR: SIBAI	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>											
VISA				N° DE POLICE :					DATE AT :					
Réglement 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 ~														



Réf: 01/02/22-1-0003

Liste des Examens

BC_GJ BC_HBA1 PR_10DH

Total dossier : 127.00
 Part Patient : 0.00
 Part AMO : 0.00
 Part AMC : 0.00
 Part Corres. : 127.00

PATIENT

MUPRAS (Mutuelle RAM)

CAB Num Demande



CAB Num CIN



J'autorise le porteur du présent reçu à récupérer mes résultats d'analyses effectuées à l'IPM

Téléphone pour information Casablanca 0522434471/72 Tanger 0539931111

RETRAIT RESULTAT LE :

01/02/22 de 09h00 à 15h00

Sauf Samedi, Dimanche et Jours fériés

تاریخ سحب النتائج

ما عدا السبت والأحد والأعياد