

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.

Radiologie 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 |

La 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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9796 Société : 19 MM 68

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ESSALMI CHOUSSAINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 1711 713 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 :

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 : Le : /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

.....

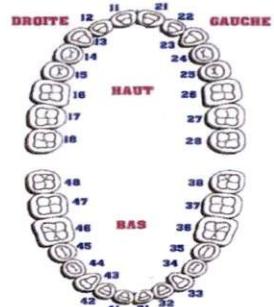
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

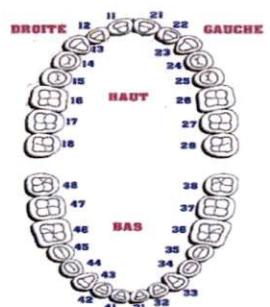
Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES



O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000

D	G
35533411	11433553

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

Coefficient des

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de

VOLET ADHERENT

NOM : Mle

DECLARATION N°

W18-405901

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

Mle 9796

Nom & Prénom ESSALMI LITOUSSAINE

Fonction : RETRAITE Phones. 0661 711713

Mail lessalmi1@gmail.com

MEDECIN Prénom du patient ESSALMI Louaima

Adhérent Conjoint Enfant Age 20 Date

Nature de la maladie Date 1ère visite

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

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

C	1	174,00
---	---	--------

PHARMACIE Date 11/06/2022

Montant de la facture 174,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre	Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV	



المحمدية
MOHAMMEDIA

وصفة
ORDONNANCE

le 01/06/2022

ESSALMI oumaima

Neoforban 160

1cp x 30

Dolix 1000 mg
1cp x 30 x 10

84, P Neovene 200
160 mg

89, f^o Naxitane A B
5mg

DR. SAHJALI!
Médecine Générale
Polyclinique CNSS
Mohammedia
NPI: 061010988

SP

NEOVIMAG®

MAGNÉSIUM MARIN - Vit.B6

300 mg



FORME ET PRÉSENTATION:

Gélule, boîte de 30.

PROPRIÉTÉS :

Neovimag® est à base de magnésium d'origine marine et de vitamine B6. Neovimag® contribue à un bon fonctionnement nerveux et musculaire de l'organisme : Il participe à réduire la fatigue physique et émotionnelle (nervosité, irritabilité, stress, difficulté d'endormissement et de concentration, surmenage) et à maintenir une fonction musculaire normale (un déficit en magnésium peut être la source de crampes musculaires et de fourmillements).

CONSEILS D'UTILISATION :
1 gélule par jour avec un grand verre

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Ne pas dépasser la dose journalière
- Ne pas laisser à la portée des enfants
- A conserver à l'abri de l'humidité

Complément alimentaire, ce n'est

NEOVIMAG®
MAGNÉSIUM MARIN - Vit.B6
300 mg

Lot : NVM31

A consommer avant le : 02/2025

PPC: 84.50 DH



6 1 1 1 2 5 9 9 7 0 0 2 1

MAGNÉSIUM MARIN - Vit.B6

300 mg

NEOVIMAG®
MAGNÉSIUM MARIN - Vit.B6
300 mg

Fabriqué par les Laboratoires Bioxpert N
Distribué au Maroc par MEDIPRO. Casab
Autorisation du ministère de la santé N°:
20211412620/MAV4/CA/DMP/18

57AC003F
10/2024

Lot :
À consommer de
préférence avant le:
~~PPC: 09.50 DH~~



N° IPP :	246369	N° SEJOUR :	220012035	FACTURE N° 2205005301				DATE D'ENTREE :	01/06/2022	DATE DE SORTIE :	01/06/2022
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	ESSALMI,Oumaima				UF: 5002 URGENCES			ESSALMI,Oumaima			
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 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 GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00		80.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX											
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00		7.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				9.62					0.00		9.62
FOURNITURES MEDICALES				2.08					0.00		2.08

Intervenant :	V085 DR SAHLI ALI	TOTAUX :	99.20								99.20
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :							ACOMPTE:		
QUATRE-VINGT DIX-NEUF DHS ET VINGT CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR :		
		RESTE DU:	99.20								
DATE FACTURE :	23/06/2022	EDITEE LE :	23/06/2022	PAR:	BOUKHA	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :			DATE AT :		
						Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA				
						BANQUE :	BMCE-CENTRE D'AFFAIRES-MOHAMMEDIA				
						N° compte bancaire :	011.787.0000152100060443.40				

