

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 97.96 Société : ALMA
 Actif Pensionné(e) Autre : 121169
 Nom & Prénom : ESSALMI LHOUSSEIN
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 06.61711713 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) : W

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 à caractère personnel.

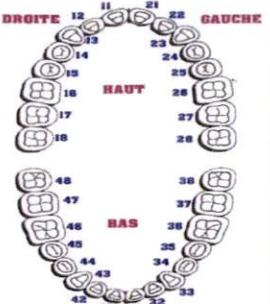
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents
Traitées

Nature
des soins

Coefficient

Coefficient des

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

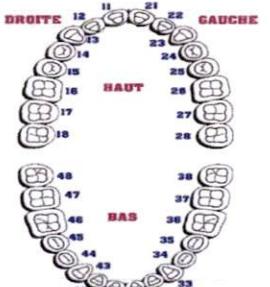
Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient
masticatoire

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

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

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

W18-405902

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 LHOUSSAINE

Fonction : RETRAITE Phones 0661 711 713

Mail lessalmi1@gmail.com

MEDECIN

Prénom du patient ESSALMI Lhoussaine

Adhérent Conjoint Enfant Age 22 Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Antalgique

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

Nan

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C	1	80,00

PHARMACIE

Date 22/07/2022

Montant de la facture

39,80

PHARMACIE EL BIDA
Dr. CHEROUAOU ABDELLAH
El Khattabi
Date : 05/07/2022
INPE:081010003
Polyclinique Générale
Mohammed VI
INPE:081010003

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	



الحمدية
MOHAMMEDIA

وصفة

ORDONNANCE

le 22/06/2022

ESSALMI: Our aine

29,00

Mefsol 7,5

AS



10,00

Bolix 100

AS

sup x 36 x 0,3



39,00



N° IPP : 291533	N° SEJOUR : 220011959	FACTURE N° 2205005272				DATE D'ENTREE : 22/06/2022		DATE DE SORTIE : 22/06/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ESSALMI, Oumaima		
MALADE : ESSALMI, Oumaima		UF: 5002 URGENCES								
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.	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00

Intervenant : V085 DR SAHLI ALI	TOTAUX :	80.00							80.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
				REMISE :	0.00	REGLE :	80.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 22/06/2022	EDITEE LE : 22/06/2022	PAR: HIDA	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				

Doliprane® 500 mg comprimé

PARACETAMOL

COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

- Paracétamol.....500 mg
- Excipients : qsp 1 comprimé
- Boîte de 20 comprimés.

PROPRIÉTÉS :

Ce médicament est un **antalgique**. Il calme la douleur.
Il est **antipyétique**. Il fait baisser la température en cas de fièvre.

INDICATIONS :

Ce médicament contient du paracétamol.
Il est indiqué dans les maladies avec douleur et/ou fièvre, telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, chez l'adulte et l'enfant à partir de 27 kg : (environ 8 ans).

CONTRE-INDICATIONS :

Ne pas utiliser en cas :

- d'allergie connue au paracétamol
- maladie grave du foie.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Il existe des dosages plus adaptés pour l'enfant de moins de 8 ans environ).

- Compte-tenu des posologies recommandées, il est important d'aspirine et de paracétamol.

Avant de prendre du paracétamol, il est nécessaire de consulter un médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 38°C, il faut consulter un médecin.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES :

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS
MÉDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT
TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU

Ce médicament contient du paracétamol, d'autres médicaments. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose.



PPV: 10DH30
PER: 03/25
LOT: L1135

