

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.

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6802 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUTAKI Abdallah

Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : JAMILA 5 Rue 113 - N° 32 - C. D - CASA

Tél. : 0664583462 Total des frais engagés : 121733,31 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/06/2022

Nom et prénom du malade : moutaki Abdallah Age : 1347

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cataracte O.D

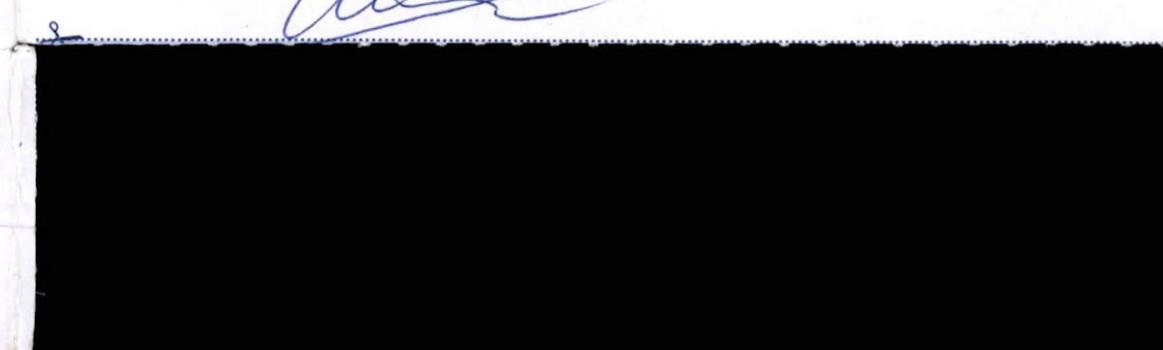
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA Le : 06/07/22

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
7-6-82 C			10000	2020 DÉPLAISANT 10000
17-6-82 C2		G		10000 DÉPLAISANT 10000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Doseur en Pharmacie Dr. Naje Opticien INPE 17/06/2013 21/06/2013	17/06/2013 21/06/2013	248,71 174,69

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

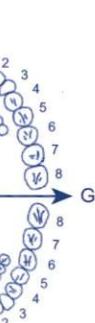
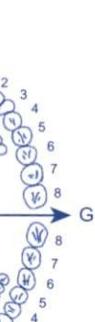
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCEدرب غلف
DERB GHALLEF

Le 21/06/122

mouatani ABDALLAH

Horus
PHARMA
148 avenue G. Guynemer
Cap Var - 06700
Saint-Laurent du Var FRANCE
www.horus-pharma.com

Steripharma
PPC: 151,20 dh

2340 g optipred -

نقطة x4ij x 10

151,20 dh 21 06 2015

198,60

174,60



نقطة x4ij x 10

Dr. Najet MAZAIKOU
Ophtalmologiste
INPE : 0522 38 59 36

0001302211 1 01/01/1947
 MOUTAKI PC MUPRAS JTE
 ABDALLAH
 122004123 17/06/2022
 MED.INTERNE-PNEUMO-RHUMAT
 SALLE LIT

Ordonnance

Nom et prénom : MOUTAKI Abdallah.

34,70

Scot

~~Effervescent~~ 20 mg : 3 cp / j (une seule prise)



61,50

Le matin avant le petit déjeuner) Pendant 3 jrs

45,50

- Ares ~~100 mg~~ : 1cp 2/j pendant 5 jours

- Ciloxan collyre : 1goutte 6/j pendant 15 jours

27,60

- Chibrocadron : 1goutte 4/j pendant une semaine

1goutte 3/j pendant une semaine

1goutte 2/j pendant une semaine

1goutte 1/j pendant une semaine

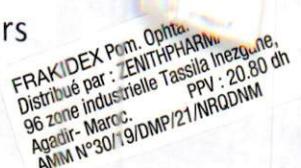
20,80x2

- Frakidex pommade : 1 fois le soir pendant un mois

30,45

- Pansement oculaire a changé chaque matin pendant 4 jours

248,75



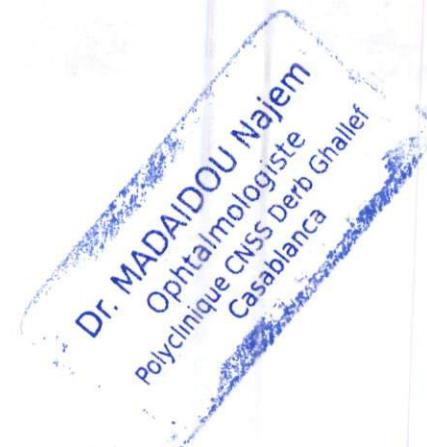
DR MADAIDO



BTRO01/V3

2022-02-01
 1C00055
 BTRO01/001

D.m.a: 01/2022



Tthal.
 248,75

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1299834	N° SEJOUR : 220049266	FACTURE N° 2202012158				DATE D'ENTREE : 07/06/2022		DATE DE SORTIE : 07/06/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		MOUTAKI,Abdellah		
MALADE : MOUTAKI,Abdellah		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
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.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 11872016 DR MADAIDOU NAJEM OPHTALMOLOGUE			TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS			REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR:	
			RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 07/06/2022 EDITEE LE : 07/06/2022 PAR: LAGRIB			<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
VISA			N° DE POLICE : DATE AT :							
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef							
			BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA							
			N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31							

