

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 : 1092 Société : RAM ND A30772

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KOUSSAIMY MUSTAPHA

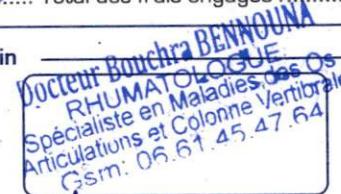
Date de naissance : 1948

Adresse : 3 BIS Rue NYIAR ELABIDI CASA

Tél. : 0666814672 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 2/9/2022

Nom et prénom du malade : Bouakkalaba Khadja Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cervicalgies chroniques.

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : Khadija Bouakkalaba



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
07/09/22	SOUS	150	150	150
				DR BOUJDA NADIA Spécialiste en Prostésthodontie Articulaires et ostéointégrées 15,01.43.47.64
				DR BOUJDA NADIA Spécialiste en Prostésthodontie Articulaires et ostéointégrées 15,01.43.47.64
				DR BOUJDA NADIA Spécialiste en Prostésthodontie Articulaires et ostéointégrées 15,01.43.47.64

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES ENFANTS Dr. BOUJDA Nadia 34, Rue Ibnou Janir - Bourgogne Tél. 0522 20 90 44 - Casablanca 2022	09	248.50 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

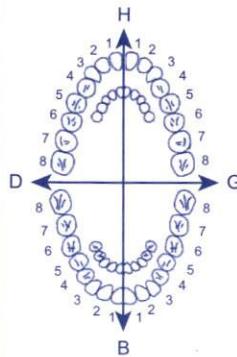
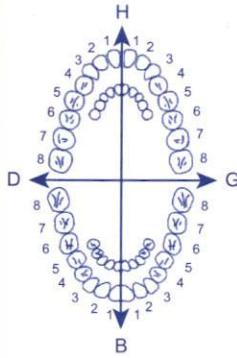
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Mme QAROUAL Khadouj Infirmière Diplôme d'Etat Aut. N° 1504 N° 29 59 12 150, Angle Bd. Bourguiba et Med Meknassi CASABLANCA AM	09/09/22	5	1	1	15	150

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
				
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORI



le 7/9/2022

CORTANCYL 5MG
CP SEC B30
LOT: 21E0099
PER: 10/10/2024
P.P.V: 22DH80
6 118000 060835

PHARMACIE DES ENFANTS
Dr. BOUJIDA Nadia
34, Rue Ibnou Jahl - Bourgogne
tél.: 0522 20 90 44 - Casablanca

Boukallabba Khadij

56.60

Diprostène
inj IM

22.80

Cortaucyl 5mg

2Cp 1j le matin après pr= déj

22.00

Céadol

1Cp x 3/j (10j)

53.10

Relaxol

1Cp x 2/j (7j)

94.00

Hydroflex

1Cp le Soir
24/8

22.00

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



N° IPP :	749527	N° SEJOUR :	220028860	FACTURE N° 2202009049		DATE D'ENTREE : 07/09/2022		DATE DE SORTIE : 07/09/2022		
ASSURE :										
MALADE :	BOUKALLABA, Khadija		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		DESTINATAIRE : BOUKALLABA, Khadija					
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 CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 30112009 DR BENNOUNA BOUCHRA RHUMATOLOGIE				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 : 07/09/2022				EDITEE LE : 07/09/2022	PAR: SIBAI	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA				N° DE POLICE :						DATE AT :	
				Règlement 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											

