

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

- 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 des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6233

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAMAISSA Abdellaziz 138541

Date de naissance :

29-11-58

Adresse :

1, Rue Les Bouges mètres. Rés. GHTTA-

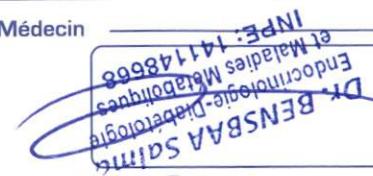
2^e ETAGE. CSA -

Tél. : 06 62 80 09 24

Total des frais engagés : 220,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/10/2022

Nom et prénom du malade : Iom Nasser Blaibla Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : Bébés de 1 an

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 : 01/11/22

Signature de l'adhérent(e) :

Signature

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoriaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/10/12	CH		150 DT	 Dr. BEANSBAASALMO Endocrinologie-Diabétologie et Maladies Métaboliques INPE: 141148668

PHARMACIE EDEN ROCK		ANALYSES - RADIOPHARMACIE	
Cachet du Pharmacien ou du Formulateur		Date	Désignation des Coefficients
Dr. H. HABOUCHA	60, Avenue Tantan & Bd La Corniche CASABLANCA - Tel : 05 22 36 35 30	21/10/22	01/11/22
Dr. H. HABOUCHA	60, Avenue Tantan & Bd La Corniche CASABLANCA - Tel : 05 22 36 35 30		

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B	Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة
ORDONNANCE

Le ٢١/١١/٢٠١٨

لهمه العوار غلطة.

٢١,٠٠
دواء

١٤٥٨٤٣٦

٢١,٠٠

INPE: 141148668
et Maladies Métaboliques
Endocrinologie Diabétologie
DR. BENSBADA SALIMA

PHARMACIE EDEN ROCK
Dr. Hafan HABOUCHA
60, Avenue Tariq & Bd La Corniche
CASABLANCA - Tel: 05 22 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05



وصفة
ORDONNANCE



Le ٢١/٦٠/٢٢

ordonnance chirurgicale

٤٥٦٥

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H01
EXP: 08/2025

Dure 100 000 ui
Sur 1000 parles 500 jours.

d'intervalle

PHARMACIE EDEN ROCK
Dr. Hanan HABOUCHA
60, Avenue Tantan & Bd La Corniche
CASABLANCA Tel: 05 22 36 35 30

INPE 44148668
Dr. BENSBAA Salma
Endocrinologie Diabétologie
et Maladies Métaboliques

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

(A9)

N° IPP :	1331800	N° SEJOUR :	220094873	FACTURE N° 2202023329				DATE D'ENTREE :	21/10/2022	DATE DE SORTIE :	21/10/2022			
ASSURE :								DESTINATAIRE :						
MALADE :	LAMNAOUAR, Ghita				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				
<i>Intervenant :</i> M0100007 DR BENSBAA SALMA	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 :	21/10/2022	EDITEE LE :	21/10/2022	PAR:	IMANE	ACCIDENT DE TRAVAIL :								
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									

Polyclinique CNSS
Derb-Ghallef
Caisse Consulaire
CNSS