

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-776263

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

W21-776263

Matricule :



Actif

Pensionné(e)

Société :

R.A.M.

Autre :

BOUHADDIBI Abdenahmane

Date de naissance :

12/03/68

Adresse :

Chapituelle

Tél. :

066 10 52 138

Total des frais engagés :

443,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

10/12/2021

Nom et prénom du malade :

Bouhaddiou Ghita

Age :

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

B mèile

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 :

Centre CG

Le : *30/11/2021*

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
27/12/22	Q	1	1000	INP : 091490555 CACHET DE LA CLINIQUE DU DOCTEUR PERRIN

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Dernier Gérant	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAZOLI	28/12/22	23.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	INP :
<img alt="Diagram of a dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 in both upper and lower arches. A coordinate system is overlaid with points H (top), G (right), D (left),				



الضمان الاجتماعي
CNSS
Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



Mère - Enfant
Hay Hassani

Le 28-12-2024

Bon d'acheminement
Mère - Enfant

Tél: 0522 93 36 89
Hay Hassani - Casablanca
N°51 Rue 4 Mazola
Bureau BENAZZOUD Diffusion

PHARMACIE MAZOLA

PPV: 79DH70
PER: 07/25
LOT: L2636

PPV: 40DH00
PER: 11/25
LOT: L3650

b ottu R2, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH40
PER: 10/25
LOT: L3668

R. LAMHAMED
P.D.M.D. 2024

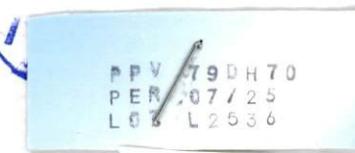
Vita C 1000®

PPV 26DH90 EXP 08/2025
LOT 28058 5

79.7

① Axit + 500
n. 500 mg
cp/i. + 87

500
+ 87



② Gatifénid 20
3cp/i. + 41

14.00 = 26DH
Depran
500 mg
x 41

③ vit C 1000
500 mg
cp/i.



~~210~~ Auxil Syr' + 7 fl. =
~~210~~ Auxil Syr' + 7 fl. =
210,40

Dr. LAMRIMED Youssef
PEDIATRE

Lot: 220619
À consommer
avant le: 08/2025
PPC: 79,50 DH

MUCOCIL® ☒
Carbocisteïne 2%
Sirope enfant - Flacon de 125 ml
P.P.V.: 12,90 DH
6 118000 190592



N° IPP : 763964	N° SEJOUR : 220044545	FACTURE N° 2205016321				DATE D'ENTREE : 28/12/2022		DATE DE SORTIE : 28/12/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		BOUHADIOUI,Ghita		
MALADE : BOUHADIOUI,Ghita		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										
CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F	CsN	1.00	190.00	190.00					0.00 190.00	

Intervenant : 470098 DR LAMRIMED YOUSSEF	TOTAUX : 190.00								190.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT QUATRE-VINGT DIX DHS	PLAFOND PC :								ACOMPTE:
	REMISE : 0.00	REGLE :							AVOIR:
	RESTE DU: 190.00								
DATE FACTURE : 28/12/2022	EDITEE LE : 28/12/2022	PAR: KAMAL	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE :						
			DATE AT :						
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT						
			BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR						
			N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49						

