

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.

M22- 0056126

Optique *Aut 199* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *5624* Société : *RAM*
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : *AOUDANE MIL ou D*
 Date de naissance : *06/09/1960*
 Adresse : *43 Rue 1 Hay Mouad Daraoui Ain chock CASABLANCA*
 Tél. : *06 50 322 722* Total des frais engagés : *601.64* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *16/01/2023* ENNAJi FATHA
 Nom et prénom du malade : *Afia* Age :
 Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté : Nature de la maladie : *Afia* Pathologie :
 ALD ALC

Affection longue durée ou chronique :
 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 : *CASABLANCA* Le : *30/11/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *SA*



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
16/01/23	G		171,64	Dr. ZGUERI Abderrahmane Service des Urgences Centre National de Santé de Rabat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ERRAHIMI KETTANI Houda Docteur en Pharmacie 101, Bd. El Hachemi El Filali Taddekt Califomie - Casablanca 05 22 52 30 51 / 08 08 38 95 58	16/01/2023	430,00

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 canalaire, 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
	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		

(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

وصفة
ORDONNANCE



درب غلاف
DERB GHALLEF

Le 16/11/2023

م. ENNAJJI FATHIA

99,00

Integro (A) (B-)

S.V

180,00 120,00

116,00

Nucleo

S.V

28,00 18,00

30,00

18,00

- SAFI 25

S.V

28,00

28,00



LOT : 1993
PER : 08-24
P.P.V : 116DH00

S.V

30,00

30,00

30,00

ERRAHMANE

LOT: GB20216
PER: 12/2023
PPV: 185 DH 00

Mr. ZGUENDI
Services des Urgences
Polyclinique CNSS Derb Ghallef
Casablanca

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 : 1354106	N° SEJOUR : 230005214	FACTURE N° 2305001774				DATE D'ENTREE : 16/01/2023		DATE DE SORTIE : 16/01/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ENNAJI, Fatima		
MALADE : ENNAJI, Fatima		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.									0.00	120.00
VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A)	V	1.00	120.00	120.00						
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				34.72					0.00	34.72
FOURNITURES MEDICALES				1.92					0.00	1.92

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX : 171.64							171.64
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
CENT SOIXANTE ONZE DHS ET SOIXANTE QUATRE CENTIMES	REMISE : 0.00	REGLE :					AVOIR :	
	RESTE DU: 171.64							
DATE FACTURE : 16/01/2023	EDITEE LE : 16/01/2023	PAR: MOURAD	<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					