

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8390 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : SENIBACI MUSTAPHA A68948

Date de naissance : 13/11/1961

Adresse : Hay Hassan 3 rue 22 Houla Blx 202 N°12

Tél. : 0661192979 Total des frais engagés : 226,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : _____ Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Transtense du myotome

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 : Onata Le : 21 JUIL. 2023

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
21/11/17	123 csm ,		190000	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AZURAN au 1me. NADIA BOUCHABANE s. Les Vagues d'Or, Imm. A BP. 119 - Sidi Bouzid Tél: 05 23 34 86 41	01-07-83	183,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/07/2022	226.15	226.15

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
 DR. S. SMITH Pharmacie de la Gare 1234567890 1234567890 1234567890	01/09/23					313,00	

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 : <input type="text"/>										
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<p>H</p> <p>G</p> <p>B</p> <p>D</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> <p>G</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				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

ORDONNANCE

EL JADIDA

le 01/07/2023.

El Nahber Fathna

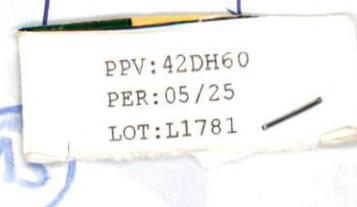
28,00

1) nodol - codeine



48,60

2) Gabic 7,5



53,00

3) IPP 2



Dr. Mme. NADIA BEUCHABANE
Pharmacie AZURAD srl au
Rés. Les Vaguees, Dr. Impr. A.
BP: 119 - Sidi Bouzid
Tél: 05 23 34 86 41

طريق سيدى بوزيد - الجديدة - الهاتف : 05 23 39 35 80 - الفاكس : 05 23 39 47 51

Route Sidi Bouzid - El Jadida - Tél. : 05 23 39 35 80 - Fax : 05 23 39 47 51



THUASNE

Ligaflex®
Classic open

REF 2437 02
24370220200199

UDI 3 111792 437121



Modèle unique
droite/gauche

Universal
right/left model

Beidseitig
verwendbar



313/2

Taille/Size/Größe



Gris
Grey
Grau



2022-06

MD



LOT

1465448



(01)03111792437121(10)1465448



وصفة ORDONNANCE

EL JADIDA

le 01/09/2022

el Nahbech Fatima

لـ

ZB po Attelle du genou d+



طريق سيدى بوزيد - الجديدة - الهاتف : 05 23 39 35 80 - الفاكس : 05 23 39 47 51
Route Sidi Bouzid - El Jadida - Tél. : 05 23 39 35 80 - Fax : 05 23 39 47 51

Le 010/07/2023

PHARMACIE DIAMANT VERT

DR SAMIRA MESTARI

COMPLEXE TOURISTIQUE DIAMANT VERT N 3

SIDI BOUZID

Patente : 42161609

NR C : 22222ID Fiscal : 6530870

Fix : 0523348476

Facture n : 13638

MAHBOUB FATIMA

QUANTITE	Désignation	Prix unitaire	MONTANT
1	ATTELLE DE POIGNET	313.00	313.00
			313.00

Arrêtée la présente facture a la somme de trois cent treize dirhams.

Pharmacie Diamant Vert
Dr. Samira Mestari
Diamant Vert N 3
Sidi Bouzid - 24000 El Jemida
Tél: 05 23 34 84 76 - GSM: 06 68 13 02 34

POLYCLINIQUE C.N.S.S - EL JADIDA

Route Sidi Bouzid

24000 EL JADIDA

Tél: 0523-39-15-28/35/80 Fax: 0523-39-47-51

INPE: 110001443 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 380707 N° SEJOUR : 230016498

FACTURE N° 2305009227

DATE D'ENTREE : 01/07/2023

DATE DE SORTIE : 01/07/2023

ASSURE :

MALADE : EL MAHBOUB,Fatima

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

EL MAHBOUB,Fatima

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
ACTES DE RADIOLOGIE										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICAL	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 10000202 DR BENCHEKROUN SEDDIK TOTAUX : 340.00 340.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : PLAFOND PC : ACOMPTE:

TROIS CENT QUARANTE DHS

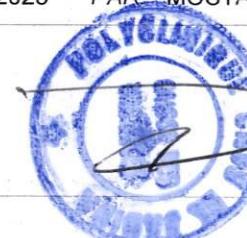
REMISE : 0.00 REGLE : 340.00 AVOIR :

RESTE DU: 0.00

DATE FACTURE : 01/07/2023 EDITEE LE : 01/07/2023 PAR: MOSTA ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA



Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - EL JADIDA

BANQUE : BMCE LOT ALBOUCHRA 6 RTE MARAKCH - ELJADIDA

N° compte bancaire : 011 170 0000 08 210 00 60816 58 EL JADIDA