

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 canalaire, 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 canalaire.

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 : 00919 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DARDARI

Ahmed

170674

Date de naissance : 22 / 11 / 51

Adresse : Hay Attadhamouna Rue 5 n°3 ouffa

casa

Tél. : 0522894283

Total des frais engagés : 806,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RAISOUNI Nou
Rhumatologue

Date de consultation : 29 / 05 / 2023

Nom et prénom du malade : EL KHATIB TOURIA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Les boîtes

MUPRAS

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.

04 AOUT 2023

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 :

Car

Le : 29 / 05 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

DR RAISOUNI NOU

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
20-5-93	GS	(500)	Dr. RAISOUNI Rhumatologue	Dr. RAISOUNI Rhumatologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ARMACHE RESUME DE LA RUE D'ANNAY - Dr. Raisouni - Annay sur Aube - Tel. 022.48.43.89 - Casablanca</i>	29/05/93	656,00 DH

092050293

ANALYSES - RADIographies

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	

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	G				
	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

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Siham GUERRAOUI
Doyenne en Pharmacie
4, Résidence Annaïm - Oulfa
Tél.: 928.43.43.69 - Casablanca

le 29-05-2023

EL KHATIB Touria.

188,00 x 2

1/ Piascledine 300 i

193,60

2/ Fosavance 5600 i

1/ jx 3

1/8m

à jeûn avec un

d'eau de robinet rester debout

288,00 x 3 45 minutes puis déjeuner.

3/ Nifendipil 5mg

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Siham GUERRAOUI
Doyenne en Pharmacie
4, Résidence Annaïm - Oulfa
Tél: 05 22 89 43 69 - Casablanca



DERB GHALLEF

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

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 : 1386237	N° SEJOUR : 230051324	FACTURE N° 2302014257			DATE D'ENTREE : 29/05/2023		DATE DE SORTIE : 29/05/2023			
ASSURE :					DESTINATAIRE :					
MALADE : ZL KHATIB,Touria		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI			ZL KHATIB,Touria					
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

Intervenant : 04042019 DR RAISOUNI NOUHA RHUMATOLOGUE	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 : 29/05/2023	EDITEE LE : 29/05/2023	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						