

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

- 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.

Nº M21- 067931

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1381

Société : RAM 180542

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Khamlichchi Mohamed

Date de naissance :

01-01-1951

Adresse :

Res Al Aqhar IMM 11 NR 10 IR 7/1 Bensoussan Casab

Tél. :

06-02-15-41-42 Total des frais engagés : 3274,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hayat AHANDARI
Endocrinologie et Maladies
Métaboliques
INPE. 091187703

Date de consultation :

17/12/2023

Nom et prénom du malade :

Fanici fatin Age : 89/4174

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète

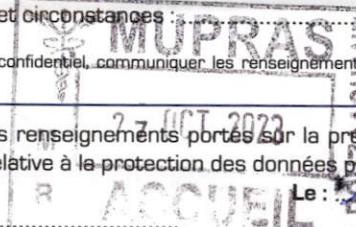
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CA5A

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 27/10/23

ACCUSÉ

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
AT/01/15	S		150,-	Dr. A. HANDE, Spécialiste des Maladies Professionnelles 01187708

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/10/2023	31241,30

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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 canalaires, 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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le ١٧١٢٢٣

7 Fairi father

24140 x 3

24140 x 3
S) \downarrow \rightarrow thym \rightarrow pro

$$12 \text{ m} \times 5 \text{ m} \rightarrow 18 \text{ m}$$

13,000s
29 Geothlypis tolmiei

$$\begin{array}{r} 457 \times 3 \\ \hline 1371 \end{array}$$

$$\frac{2870 \times 3}{4} \text{ Dm} \rightarrow \text{m}^3$$

47983 2919
Judgment W.M.

Lot El Mouahidine, Résidence Abdelmalek Sellal
Résidence El Mouahidine
Dr. MOHAMED MOUSSA
Bd Bensaid s
Tél. 05 22 67 45 99

Dr. Hayat AHANDAR
Endocrinologie et Maladies
Métaboliques
Tél. : 091 18 17

Bd Bensaïd salah mohamed Hay El Qods Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél: 05 22 73 15 32 - 05 22 73 16 20 - 05 22 73 42 45

Fax : 05 22 73 15 72



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160346

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

78,70



6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 479 DH 00

313839-02



6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 479 DH 00

313839-02



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

78,70



6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 479 DH 00

313839-02



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

78,70



6 118001 102013
Levôthyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.



N° IPP : 404020 N° SEJOUR : 230047746

ASSURE :

MALADE : FARICI, Fatima

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

FACTURE N° 2302019148

DATE D'ENTREE : 17/10/2023 DATE DE SORTIE : 17/10/2023

DESTINATAIRE :

FARICI, Fatima

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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 DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 100093 DR. AHANDAR HAYAT

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 : 17/10/2023

EDITEE LE : 17/10/2023

PAR: LAABID

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

N° DE POLICE :

DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

BANQUE :

BMCE - BERNOUSSI

N° compte bancaire :

01179300023210006006837

