

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0017738

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Maladie réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6233 Société : 1201 186068

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : YAMNAOUIZ Abdellaziz

Date de naissance : 29-11-58

Adresse : Bouzian - terrasse 51 Avenue des Gares

Tél. : 06.62.84.92.24 Total des frais engagés : 293,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/10/2023

Nom et prénom du malade : YAMNAOUIZ Abdellaziz Age : 1858

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : maladie chronique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Pathologie

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 : 06/10/2023 Le : 06/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard d'un caractère personnel.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
5/11/2013	1916 ECG	250/-	caisse des hôpitaux Polytechnique TUNIS Derb-Ghaffef	Dr. Lakhdar QIYADI جامعة تونس جامعة تونس Dr. Lakhdar QIYADI جامعة تونس جامعة تونس CARDIOLOGUE 091191403

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Hanan HABOUCHAH 4, Avenue Côte d'Emeraude résidence Majestic B.M-1 Ain Diab - Casablanca 05 22 36 35 30	11/10/2013	43,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

第二章 项目管理与项目管理方法 10

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفه ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

le 05/06/16

21.56 ₣ x 2

Mi gélupin 4p

1 gel + 25 ₣
43.00



الدكتور لطيفي
Dr. Larbi OYADI
اختصاصي في
طب العظام والكلية
CARDIOLOGY
INPE: 092191403

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

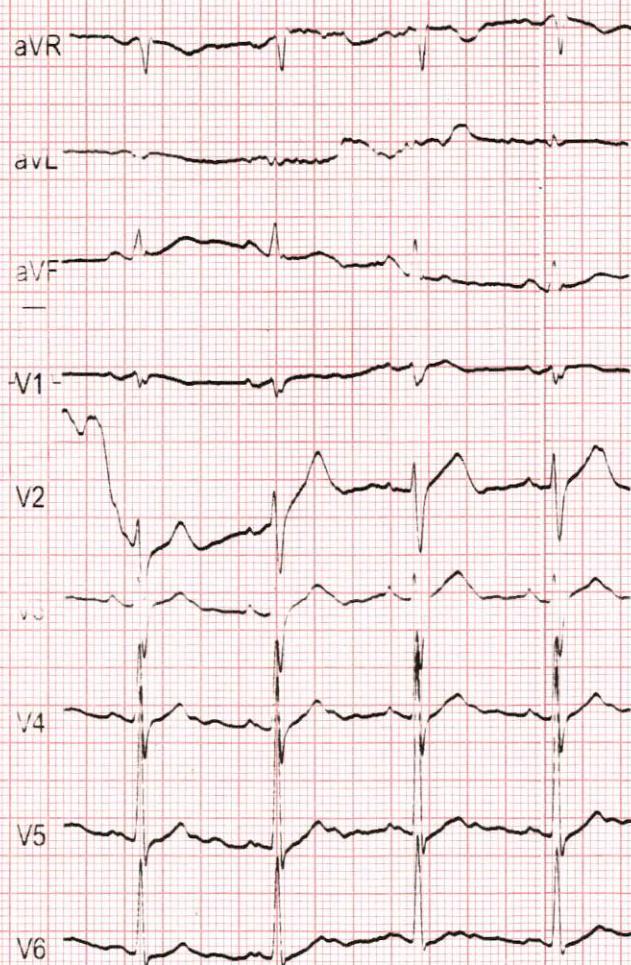
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1420693	N° SEJOUR :	230099116	FACTURE N° 2302026285			DATE D'ENTREE : 05/10/2023		DATE DE SORTIE : 05/10/2023			
ASSURE :			DESTINATAIRE :									
MALADE : LAMNAOUAR,Abdelaziz				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI			LAMNAOUAR,Abdelaziz					
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :								
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	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.		CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00	

Intervenant : M0100003 DR. QIYADI LAKBIR	TOTAUX :	250.00						250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
DEUX CENT CINQUANTE DHS	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR:	
	RESTE DU:	250.00						
DATE FACTURE : 05/10/2023	EDITEE LE : 05/10/2023	PAR: HAFSA	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				

41/10/23

LAMNAOVAR Amed Lazziz



0s 1s 2s 3s

25mm/s 10mm/mV AC60 DE0.1 MF35 | F200

[Doctor comments]

Nom du médecin: Doctor

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

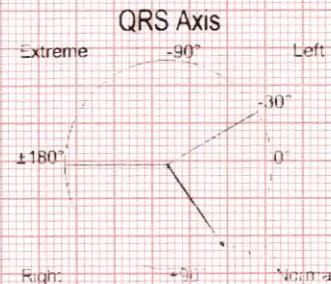
:

:

:

:

CARDIPIA 800H Ver. 2.0.81.57-181127S



Right: +90° Normal

Left: -30°

Extreme: -90°

±180°

0°

-30°

-90°

Normal