

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- 0059408

193659

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03272 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LATHALI AZZEDDINE

Date de naissance : 12 - 05 - 1952

Adresse : 12, Rue Moulay Hassan 2 - Casablanca

Tél. : 06 93 08 63 97 Total des frais engagés : 406,93 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/11/24

Nom et prénom du malade : LATHALI AZZEDDINE Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Alergie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC 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 : CASABLANCA Le : 22/10/2024

Signature de l'adhérent(e) : LAZ



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
27/01/2024	CN	K5	278.93	Dr. Boubaker Abderrahmane Service des Urgences Jinah - U.S. S. A. S. A. D. G. H. A. L. E. T.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'ASSURÉ N° 123456789 Tel: 05 55 55 55 55	27/01/2024	128,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. A coordinate system is overlaid with points H (top-left), G (top-right), D (

وصفة

ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

le 27/11/24

ج. لـ: 111222 123456789

88,00

Certac



PPV: 88DH00
PER: 07/26
LOT: M2461

40,00
128,00

effipred 2



EFFIPRED® 20 mg
PPV: 40DH00
EXP: 08/2026
LOT: 35002/11

PHARMASIE DE LA SECURITE
Nada El KAMARA MEDICHERKOUN
130, Bd My Driss 1er
Tél: 0522 86 22 45 - Casablanca

MURAD
06 . 2024

ACCUEIL

*t. ZGUENDI Abderrahmane
Service des Urgences
Polyclinique CNSS Durb Ghallef*



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

11-11-2014

1) Date de la constatation de l'état de malade :

20-11-2014

2) Renseignements cliniques sommaires :

Allergie

3) Traitement envisagé et actes :

Per di- perfu K5

2) Durée prévisible du traitement :

A ----- LE -----

Signature

TEUENDU Abderrahmane
Service des urgences
Centre hospitalier régional de Tétouan



N° IPP : 1451733 N° SEJOUR : 240010547

FACTURE N° 2405003000

DATE D'ENTREE : 27/01/2024 DATE DE SORTIE : 27/01/2024

ASSURE :

MALADE : LAHLALI, Azzeddine

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 :

LAHLALI, Azzeddine

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
AUTRES ACTES COTES EN K										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				42.00					0.00	42.00
FOURNITURES MEDICALES				4.43					0.00	4.43

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE) TOTAUX : 278.93 278.93

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT SOIXANTE DIX-HUIT DHS ET QUATRE-VINGT TREIZE CENTIMES

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE :

AVOIR :

RESTE DU : 278.93

DATE FACTURE : 27/01/2024 EDITEE LE : 27/01/2024 PAR: SAAD

ACCIDENT DE TRAVAIL : DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
BANQUE : BMCE - AGENCIE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA
N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31