

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 : 2320 Société : Retraite

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : RAHHLI Abdellkader

Date de naissance : 1952 e Moheddine

Adresse : Mohammedia

Tél. : Total des frais engagés : 3.72.00 + 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/01/24

Nom et prénom du malade : RAHHLI Abdellkader Age : 72 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

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
19/01/2016			CC 215	<p style="text-align: right;">Signature</p> <p>Tél: 05 23 32 01 44 INPE: 091235242 Spécialiste en Vénérologie</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ORTHOPÉDIE DUMAGHRIB M. TAZI YOUSSEF SIDI BOUZID TUNISIE 24/16/2016	18.01.194	342,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
01/01/0880			

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.

وصفة

ORDONNANCE

RATHHALI Abdelkader

سلا

le

18/12/2024

DR BIAZ Imane
Chirurgien-Dermatologue
Tél: 05 23 32 01 11
INPE: 0912355242

159,00 سائلes huile démaquillante SP

146,00 21 flacon à laver SP

21 Jonzac Baume Relipidant SP

34,40 22 filtre le naturel SP

31 Vautec boy (SP) SP

T=342,40

DR BIAZ Imane
Chirurgien-Dermatologue
Tél: 05 23 32 01 11
INPE: 0912355242

PHARMACIE ORTHOPÉDIE
DU MAGHREB
M. TAZ YOUNES
AVENUE DES F.A.R MOHAMMEDIA
05 23 32 24 16 - 092040880

Polyclinique CNSS Mohammedia, Hay INARA I

Tél : 05.23.32.47.61/60/62 - Fax : 05.23.32.47.61

ПАССЕРІЛІК
ІМІДЖІ
ІМІДЖІ
ІМІДЖІ



37,70

C91533-07



2

N° IPP :	328300	N° SEJOUR :	240001801	FACTURE N° 2402000697				DATE D'ENTREE : 18/01/2024		DATE DE SORTIE : 18/01/2024	
ASSURE :			DESTINATAIRE :					RAHHALI,Abdelkader			
MALADE :	RAHHALI,Abdelkader		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
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.											
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	
<i>Intervenant :</i> M0600023 DR BIAZ IMANE	<i>TOTAUX :</i>				150.00					150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :					PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
CENT CINQUANTE DHS					REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
					RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 18/01/2024	EDITEE LE : 18/01/2024	PAR : BADR	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>								
VISA					N° DE POLICE :					DATE AT :	
										Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA	
										BANQUE : BMCE-CENTRE D'AFFAIRES-MOHAMMEDIA	
										N° compte bancaire : 011.787.0000152100060443.40	



G

N° IPP :	328061	N° SEJOUR :	240001454	FACTURE N° 2402000527				DATE D'ENTREE :	16/01/2024	DATE DE SORTIE :	16/01/2024
ASSURE :				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				DESTINATAIRE :			
MALADE : RAHHALI,Abdelkader				N° IMMAT C.N.S.S :				RAHHALI,Abdelkader			
NOM JEUNE FILLE :											
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.											
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant : M0600042 DR ABDI RHIZLANE	TOTAUX :	150.00								150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
			REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
			RESTE DU.	150.00						
DATE FACTURE : 16/01/2024	EDITEE LE : 16/01/2024	PAR : BOUKHA	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA			N° DE POLICE :							
		Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA								
		BANQUE : BMCE-CENTRE D'AFFAIRES-MOHAMMEDIA								
		N° compte bancaire : 011.787.0000152100060443.40								