

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 325 Société : Rabta

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAGHIR

du AAFPA

Date de naissance : 0 1939

Adresse : ci le INARAI Rue 5 N° 10

Tél. : 966 893 8660 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Naima MOUAKI
Médecin Spécialiste en Otorhinolaryngologie
et chirurgie Maxillo-faciale



Date de consultation : 15/11/19

Nom et prénom du malade : Naima

Age : 80

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 08 NOV. 2019

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 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'H

Signature de l'adhérent(e) : Dr. Naima MOUAKI
Médecin Spécialiste en Otorhinolaryngologie
et chirurgie Maxillo-faciale



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
16/10/19				Dr. Nabi MOUAKI Médecin Spécialiste en Otorhinolaryngologie et Chirurgie Maxillo-faciale
18/10/19				Dr. Nabi MOUAKI
18/10/19				Dr. Nabi MOUAKI Médecin Spécialiste en Otorhinolaryngologie

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Medecin et Chambre de Pharmaciens de l'Est
		Nadia Montant de la Facture Chok 420 Bd. Alcide D'Amato 27, place CNSS, Casablanca Tél: 05 22 21 15 65 / P.T. 3402

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
		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 d

O.D.F

	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		B		00000000	00000000	35533411	11433553	<p>Coefficient des travaux</p> <p>Montants des soins</p> <p>Date du devis</p>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
G																		
B																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																		



وصفة ORDONNANCE

ازانة II
INARA II

le Maria

11 119.00 P. Heygeman (S.V) bel Heel
2/α u/ 0000
Dusin (S.V) ~~119.00~~
ANdine (S.V) bel Heel
2/α u/ 0000
Dr. Naima MOUAKI
Spécialiste en Otorhinolaryngologie
et Chirurgie Maxillo-faciale

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

IMPORTED
& DISTRIBUTED BY:
S.I.C.
Bldg n°56 - Street 104
Maadi - Cairo - EGYPT
Registration n° 242/2011/1

العنوان
اسمياد شركه ستار للتجاره الدولي

BOTTU SA
PPC : 119 DH 00



3 564300 001046

LOT
EXP :

10003726
2024 02

CETU1066

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

38,80

موكسول®
أميركي

مدون مسكن

ID : 633272
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 115.00 DH
6 118001 142262

6 118000 080572
Solution buvable - 250 ml
ampoules
MUXOL®



9 Contrôle

N° IPP : 630740	N° SEJOUR : 190045106	FACTURE N° 1902020275				DATE D'ENTREE : 10/10/2019		DATE DE SORTIE : 10/10/2019		
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : SAGHIR, Mustapha		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				SAGHIR, Mustapha				
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	
Intervenant : 46141 DR MOUAKI NAIMA		TOTAUX :		150.00					150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :					PLAFOND PC :				ACOMPTE :	
CENT CINQUANTE DHS					REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
					RESTE DU:	150.00				
DATE FACTURE : 10/10/2019		EDITEE LE : 10/10/2019		PAR: LAKHDA	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA					N° DE POLICE :		DATE AT :			
					Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA			
					BANQUE :		BMCE - INARA			
					N° compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91			