

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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.

N° P19- 058406

ND : 51408

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2869 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAHOUIRY. ABDERRAHMAN

Date de naissance : 01-01-59

Adresse : 29 Rue Benafssaf Hay Erraha - Beauséjour

Tél. : 06 77 90 90 84 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : FARIHI - HAFIDA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

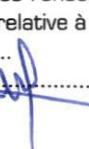
Nature de la maladie : Hypertension

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 : CASA Le : 15 DEC. 2020

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
40/12/20			15000	DR. AHMED CHAFRY Dr. Ahmed Chafry Banafsaji Hay Paha Rue Banafsaji N° 11 Bi-Banafsaji
41/12/20			10000	fatou

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HIBA Dr. Ahmed CHAFRY Hay Paha Rue Banafsaji N° 11 Bi-Banafsaji	40/12/20	34,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/12/20	bilam	275,00

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

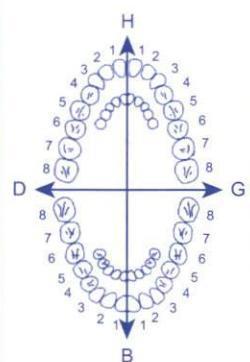
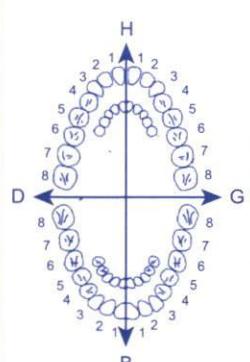
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

D.O.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

FALCONI DERB G
FALCONI Le 10/12/20.

~~De 100 g per 25 p
1 kg + 113 p t~~

6,80 x 5

S.V

all the 3 m/s
NE Nada
NW Nada
League

34, w



PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed CHAFRY
Hay Raha Rue Banafsajé
N°51 Bis Beausejour Casablanca
Tel: 05 22 94 99 34



6"118001"102006
Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

862160335

Liste II - Uniqueness



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

62160335

LABORATOIRE D'ANALYSE DE BIOLOGIE MEDICALE
CNSS DERB GHALLEF

Date du prélèvement : 07-12-2020 à 09:40

Code patient : 2005150009

Né(e) le : ()

IPP : 1183066



Mme FARIHI Ahlima

Dossier N° : 2012070017

Prescripteur :

EXTERNE

BILAN ENDOCRINIEN

24-08-2020

Thyréostimuline (TSH) 3.86 mUI/L (0.27-4.20) 0.03

Validé par : TAOULLOU Mouna

POLYCLINIQUE
DÉPARTEMENT
SERV. BIOCHIMIQUE

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
 20100 CASABLANCA
 Tél: 0522-863021/27 Fax: 0522-864205 RDV: 0522-863020
 NPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

AM.

N° IPP :	1183921	N° SEJOUR :	200081231	FACTURE N° 2002020231			DATE D'ENTREE :	10/12/2020	DATE DE SORTIE :	10/12/2020		
ASSURE :							DESTINATAIRE :	FARIHI,Ahlima				
MALADE :	FARIHI,Ahlima			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 :				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.		CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant :	07092006 DR IBNOUSOUFYANE NADIA (ENDOCRINOLOGUE)	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 :	10/12/2020	EDITEE LE :	10/12/2020	PAR:	ZBIRY	ACCIDENT DE TRAVAIL:					
VISA				N° DE POLICE :			DATE AT :				
				Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef						
				BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
				N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31						

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
 Agence de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
 100 CASABLANCA
 Tél: 0522-863021/27 Fax: 0522-864205 RDV: 0522-863020
 N°ICE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



IPP :	1183066	N° SEJOUR :	200080101	FACTURE N° 2004002161			DATE D'ENTREE :	07/12/2020	DATE DE SORTIE :	07/12/2020		
ASSURÉ :							DESTINATAIRE :					
MALADE :	FARIHI,Ahlima			UF:	5004 LABORATOIRE	FARIHI,Ahlima						
DOM 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		
ACTES DE BIOLOGIE												
ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE	B	250.00	1.10	275.00					0.00		275.00	
Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES .				TOTAUX :	275.00						275.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT SOIXANTE QUINZE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:			
				REMISE :	0.00	REGLE :	275.00		AVOIR :			
				RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 07/12/2020 EDITEE LE : 07/12/2020 PAR: SYBAI				ACCIDENT DE TRAVAIL :								
VISA				N° DE POLICE :								
				DATE AT :								
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef								
				BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA								
				N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31								

