

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| □ Réclamation | : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4093

Société : RAY

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GHAZZAR Abdellah

Date de naissance : 10/03/76

Adresse : h69 lot OMA II 3^e étage

DEROUA -

Tél. : 2766081968

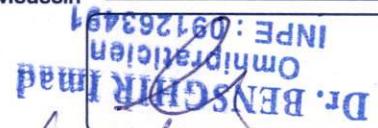
Total des frais engagés :

3,17,77

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/10/22

Nom et prénom du malade : GHAFZAR

Age :

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 :

Le : 11/10/22

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
10/01/2018	Consultation	100	100	Dr. BENE Institut Omnisanté

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MAACE EL OUMOU MA lement el wafaa roua 53.20.54	AN 1017	1688

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows the human mandible (lower jawbone) from a lateral perspective. The teeth are numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. Numbered arrows point to specific teeth: 1 points to the first upper molar; 2 points to the second upper molar; 3 points to the first lower molar; 4 points to the second lower molar; 5 points to the third upper molar; 6 points to the third lower molar; 7 points to the fourth upper molar; and 8 points to the fourth lower molar. A large arrow labeled 'D' points to the left, and a large arrow labeled 'G' points to the right. A small arrow labeled 'B' points downwards.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 : 1329167 N° SEJOUR : 220091145

ASSURE :

MALADE : GHAZZAR,Meryem

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

FACTURE N° 2205026607

DATE D'ENTREE : 11/10/2022 DATE DE SORTIE : 11/10/2022

DESTINATAIRE :

GHAZZAR,Meryem

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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 GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				20.35					0.00	20.35
FOURNITURES MEDICALES				1.92					0.00	1.92

Intervenant : M0100016 DR BENSGHIR IMAD	TOTAUX :	149.77								149.77
---	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
CENT QUARANTE NEUF DHS ET SOIXANTE DIX-SEPT CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :						AVOIR :	
	RESTE DU:	149.77								

DATE FACTURE : 11/10/2022	EDITEE LE : 11/10/2022	PAR: BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
---------------------------	------------------------	-------------	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--

VISA									DATE AT :	

UNIVERSITY OF CASABLANCA
POLYCLINIQUE ADDAMAN
URGENCES

Réglément 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

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le .../.../...

GHADIR DERBYEN

PHARMACIE EL OUMOURA
244 lotissement el wafaa

Fix : 05.22.53.20.54

99,- 00

S.V.

1 M Revers

3784/

69,- 00

S.V.

2 KARNAK

3784/

168,-

PHARMACIE EL OUMOURA
244 lotissement el wafaa

Fix : 05.22.53.20.54

Dr. BENSGHIR Im
Omnipraticien
TÉL : 0512634910

