

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3187 Société : *140127*

Actif Pensionné(e) Autre : *140127*

Nom & Prénom : *BEN SMAIL HAMID*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : *0661464831* Total des frais engagés : 264.80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. ZGUENDI Abderrahmane
Service des Urgences
Polyclinique C.N.C de l'Orch Fakir*

Date de consultation : 05.12.2022

Nom et prénom du malade : *BENSMAIL HAMID* Age : 71

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *ALD*

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 : *05/12/2022* Le : *05/12/2022*

Signature de l'adhérent(e) : *Bensmail*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05.10.19. | | | 100.00 | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|------------------------------|----------------|--|-------------|-------------------------|
| | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Diagram H illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. Arrows indicate movement directions: a vertical arrow pointing upwards from tooth 1, a horizontal arrow pointing to the left from tooth 8, and a vertical arrow pointing downwards from tooth 1.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV (DH) :

22,60

LOT N° :

1 34

UT. AV.:

25

PPV: 14DH00

DEP: 10/25

LOT: L3530

PPV: 139 20 20

לטראט

PER: 01/24

124

RESPECTER LES DOS

Liste I. Uniquement s.

Le..... 5/12/2022

7. BENSAI'L HA'AGI

738,30

August 10, 1958

32,60

- Must See

Nov 2011

- SAFLU 200

1 plant of

✓ \sqrt{i} has exactly 55

١٤

Shyan

J. 27 11.25.2020 10:10

Dr. ZGUENDI Abu
Service des Lépreux
Polyclinique de l'Institut Pasteur

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء / الهاتف 20 إلى 05 22 86 30 - فاكس : 05 22 86 42 05
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

18th 19⁰⁰



| N° IPP : | 1343164 | N° SEJOUR : | 220111025 | FACTURE N° 2205031992 | | | | DATE D'ENTREE : | | 05/12/2022 | DATE DE SORTIE : | | 05/12/2022 |
|-----------------------------|----------------|------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------|---------|----------------|-----------------|----------------|----------------|------------------|--|------------|
| ASSURE : | | | UF: 5002 URGENCES | | | | | DESTINATAIRE : | | BENSMAIL,Hamid | | | |
| MALADE : | BENSMAIL,Hamid | | N° IMMAT C.N.S.S. : | | | | | | | | | | |
| 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 GENERALISTE | C | 1.00 | 80.00 | 80.00 | | | | | 0.00 | | 80.00 | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------------|--------------|-------|--------------------------------------|---|--|--|--|-----------|-----------|
| Intervenant : | 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE) | TOTAUX : | 80.00 | | | | | | | | 80.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | QUATRE-VINGT DHS | | PLAFOND PC : | | | | | | | ACOMPTE : | |
| | | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | | | | | AVOIR : | |
| | | | RESTE DU: | 80.00 | | | | | | | |
| DATE FACTURE : | 05/12/2022 | EDITEE LE : | 05/12/2022 | PAR: | IMANE | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | |
| VISA | | | | | N° DE POLICE : | | | | | | DATE AT : |
| | | | | | Règlement 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 | | | | | |