

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER 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 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

- 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.

M22- 0018450

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3187 Société : 140195

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENISMAIL Hamid

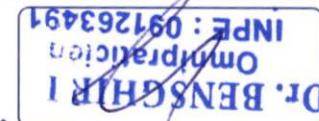
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661664836 Total des frais engagés : 255.62 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/12/2022

Nom et prénom du malade : BENISMAIL HAMID AMINE Age : 61

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : maladie

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 : 05/01/2023 Le : 06/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : Benismail

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
06/12/2011	22-22	1	100	INPE. 09126349 BENGTHERI OMNIPATHOLOGIE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMA ENSEAIE JAMAI Agence Immobilier 175 Im 130 N° 1 Hassan II Casablanca Tél: 0522 93 30 25	06/12/02	108,20

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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction] fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

06/12/22
Le

PPV: 79DH70
PER: 06/25
LOT: L2207



19,90
4 Amix Cross 40 mg 15,30 mg/1J → 0 mg
21 Vita Cross 40 mg mg/1J → 0 mg



Vita C1000®
PPU 15DH30
EXP 06/2025
LOT 27001 1

31 Dolivit 20 mg 13,20 mg/1J → 0 mg
47 Cetamyl 1000 mg 10 mg/10 si

Ts 108,20



N° IPP :	889971	N° SEJOUR :	220111534	FACTURE N° 2205032124			DATE D'ENTREE :	06/12/2022	DATE DE SORTIE :	06/12/2022
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE :	BENRAHMANIA,Amina					BENRAHMANIA,Amina				
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :						N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :				
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :						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.										
VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A	V	1.00	120.00	120.00					0.00	20.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				28.00					0.00	28.00
FOURNITURES MEDICALES				1.92					0.00	1.92

Intervenant :	M0100016 DR BENSGHIR IMAD	TOTAUX :	157.42						157.42						
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :				ACOMPTE:							
CENT CINQUANTE SEPT DHS ET QUARANTE DEUX CENTIMES				REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :							
				RESTE DU:	157.42										
DATE FACTURE :	06/12/2022	EDITEE LE :	06/12/2022	PAR:	MOURAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :									
VISA				N° DE POLICE :											
					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										