

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 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4878 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre : 174213

Nom & Prénom : QASSI ALI

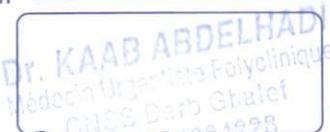
Date de naissance : 22 06 1975

Adresse : Rue N° 1 Résidence AL MANZAR N° 169 Casablanca

Tél. : 06 622 27218 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21 07 2013 Nom et prénom du malade : QASSI ALI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : GOSITIS en phase d'aggravation

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 : Casablanca Le : 05/09/2013

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
21/10/23	K17C	248,98		KAAB ABDE HADI Médecin Urgentiste Technique GUSS Derafchalef INPE 109-228

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NIAZZOUZ Jussam Ame Ben Niazzouz N°39 Rue A Mazda Hay Hassani Casablanca Tel: 0522 93 38 89	21.10.23	234,12

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	G 35533411 11433553	
	D 00000000	00000000	B	Montants des Soins
				Date du Devis
				Date de l'Execution
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة ORDONNANCE

le 21/07/23

QATSH MIG

75,00
Y

Dneso 20 S.

LOT: M0853
PER: 15/2024
PPU: 75.00DH

109
Y

Nel 2-6
cerocid fest

PPC 109,00 DH

50,45
Y

346
Ruspon 80%

LOT: M1057
PER: 05/2026
PPU: 50.40DH

234,40

DR. KAAB ABDELHADI
Médecin Urgentiste Polyclinique
CNSS Derb Ghallef
INPE: A1094226



N° IPP :	1399860	N° SEJOUR :	230070370	FACTURE N° 2305020402			DATE D'ENTREE : 21/07/2023		DATE DE SORTIE : 21/07/2023			
ASSURE :												
MALADE :	QAISI,Arij			UF: 5002 URGENCES			DESTINATAIRE :					
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S. :					QAISI,Arij			
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		
AUTRES ACTES COTES EN K												
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50		
CONSULTATION DE MEDECIN.												
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00		
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					11.11				0.00	11.11		
FOURNITURES MEDICALES					5.34				0.00	5.34		

Intervenant :	261207 DR KAAB ABDELHADI (GENERALISTE)	TOTAUX :	248.95							248.95
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
DEUX CENT QUARANTE HUIT DHS ET QUATRE-VINGT QUINZE CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE :	248.95				AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE :	21/07/2023	EDITEE LE :	21/07/2023	PAR:	SAAD	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>				
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			