

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.

M23-0023270

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

12938

Société :

Benchehra Karem

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

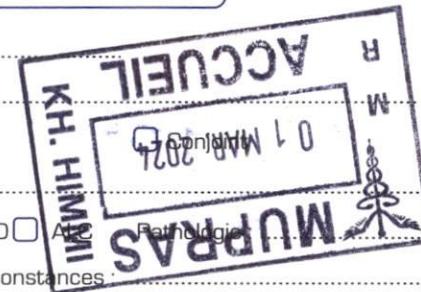
Lien de parenté : Lui-même Enfant

Nature de la 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

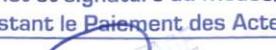


Adresses Mails utiles

- 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.

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
21.02.26	visite	2400	100	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Casablanca 21/02/24 الدار البيضاء في

pli cag. séché

M- TAZISADEQ N.1142 L

Céderenne per -temp

cicatriciel

Dr. J. A. R. Saïd
Spécialiste en Urologie, Accouchements
14, Rue du Marché - Madrif
-1:23 - CP 70 - CASA



Organisme de PEC : CNSS
NOM DU PATIENT : Mme TAZI SADEQ Nihal
SEJOUR : Du 21/02/2024 au 24/02/2024

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

202400150
Du : 24/02/2024

Montant ticket modérateur (dhs): 2 400,00

Arrêt la présente à la somme de **DEUX MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS**

Signature de l'adhérent

35, Bd. Anoual - Casablanca
Tél: 05 22 86 53 66
Fax: 05 22 86 55 77



CONVENTION : CNSS
NOM DU PATIENT : Mme TAZI SADEQ Nihal
SEJOUR : Du 21/02/2024 au 24/02/2024
NOM ADHERENT : TAZI SADEQ Nihal

MATRICULE : 157425293
REF. PEC : 880490395
COTATION : 5 600,00



INPE 090003302

FACTURE202400150
Du : 24/02/2024

Code	Prestation	Qté	Lettre Clé	Prix U.	Montant
CES	CESARIENNE	1	Kc100	8 000,00	8 000,00
					Total Facture 8 000,00
					Part organisme 5 600,00
					Part adhérent 2 400,00

Arrêtée à la somme de HUIT MILLE DIRHAMS

L'article 6 de la loi de finances (L.F.) n° 100-14 pour l'année budgétaire 2015, promulguée par le dahir n°1.14.195 du 1er rabii I 1436 (24 décembre 2014) relative aux droits de timbres



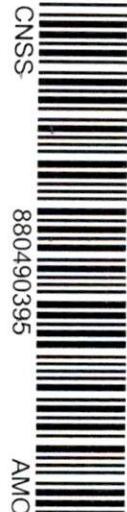


Casablanca, le 13/02/2024 الدار البيضاء، في

Direction des Prestations AMO

مديرية تعويضات التأمين الإجباري عن المرض

CLINIQUE L HERMITAGE
D ANOUAL ANGLE RUE DE LA 20000
CASABLANCA



Réf : N° d'immatriculation : 157425293

Nom et prénom de l'assuré : TAZI SADEQ NIHAL

Nom et Prénom du bénéficiaire : TAZI SADEQ NIHAL

Utilisateur : R8491

Objet : Attestation de prise en charge

Madame, Monsieur,

En réponse au dossier de prise en charge numéro 880490395 reçu le 13/02/2024 nous vous faisons part de notre accord concernant :

الموضوع : شهادة التحمل

سيدي، سيدتي

جوابا على ملفكم المتعلق بالتحمل رقم 880490395 والذي
وأفيتكم به بتاريخ 13/02/2024 نطلعكم على موافقنا
بخصوص :

Le bénéficiaire	TAZI SADEQ NIHAL	المستفيد
L'établissement	090003302	
Le montant accordé	5600,00 DH	المبلغ المعوض
La validité de prise en charge	du 13/02/2024 au 13/03/2024	صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de remboursement à déposer dans un délai n'excédant pas 90 jours à compter de la date de sortie du patient de votre établissement et ce, pour vous permettre de bénéficier du règlement des frais d'hospitalisation selon les conditions et modalités fixées par voie

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب
إيداعه في أجل لا يتعدى 90 يوما من تاريخ خروج
المريض من مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من
استرجاع مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية
التطبيق التي يحددها القانون.

Aussi, nous vous signalons que la non
réalisation des soins dans les délais sus
mentionnés rend la présente attestation sans
effet.

كما نشير انتباهم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل الأجال
المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة صلاحيتها.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression
de nos salutations distinguées.

ونفضلوا سيدتي، سيدتي، بقبول خالص تحياتنا.

Réerves :

- S/R: Acte de naissance

- S/R: Compte rendu opératoire

قسم الموافقة المسبقة و التحمل

Division Accords Préalables & Prises en Charge