

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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	3187	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BENSMAIL Hamid	
Date de naissance :		20/01/1938	
Adresse :			
Tél. : 0661664826		Total des frais engagés :	533,64 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	23/03/2019	Age:	
Nom et prénom du malade :	BENRAHMANE		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : 19/03/2019 Le : 23/03/2019
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
23-03-19	C+K5	1	1080354	M. ZGUAROU Abderrahmane Service des Urgences Hôpital de la Marne

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LIR Dr. Amine JEDDI LOL ITTIFAQ N°11 Bis Lissasfa Casab Tél: 05 22 65 01 84	23/03/21	253,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

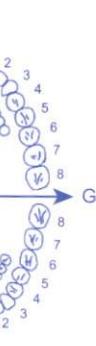
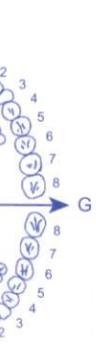
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

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 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



درب غلف
DERB GHALLEF

وصفة

ORDONNANCE

le 23/3/2024

ج. BERRAMANIA Aymia

SAFLY 200

- Iprahate 20%

S.V

LOT: M1239
PER: 12/2025
PPV: 64,50DH

64,50

Biovance

- 1yp 100g

S.V

PHARMACIE
Dr. Amin
Lot. ITIFAOX N°11
Tél: 05 22

PPV: 116DH00
PER: 09-26
LOT: M 3266

116,00

- Zomax 40mg

S.V

32,60

- Emral 500mg

S.V

40,00

- Effipred 20

Dr. ZGUENDI Abdellatif
Services des Urgences
Polyclinique CNSS Derb Ghallef

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00
EXP 09/2026
LOT 36009 8

953,10

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la constatation de l'état de malade :

23/3/74

2) Renseignements cliniques sommaires :

Bronchite aérophile

3) Traitement envisagé et actes :

R → d' - profision X

2) Durée prévisible du traitement :

Louis Ali Abderrahim
Service des Urgences
Institut Pasteur
Casablanca

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



الجهاز المركزي للمعاشات
CNSS

N° IPP : 1465425 N° SEJOUR : 240030462

FACTURE N° 2405008690

DATE D'ENTREE : 23/03/2024 DATE DE SORTIE : 23/03/2024

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : BENRAHMANIA,Amina

BENRAHMANIA,Amina

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

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
AUTRES ACTES COTES EN K ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50
CONSULTATION DE MEDECIN. VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A	V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				46.64					0.00	46.64
FOURNITURES MEDICALES				1.40					0.00	1.40

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE) TOTAUX : 280.54

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT QUATRE-VINGT DHS ET CINQUANTE QUATRE CENTIMES

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE :

AVOIR :

RESTE DU:

280.54

DATE FACTURE : 23/03/2024

EDITEE LE : 23/03/2024 PAR: BILAL

ACCIDENT DE TRAVAIL

DATE AT :

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