

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.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-502869

14379

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricole : 09726

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BENKIRANE SAADI CHAKIB

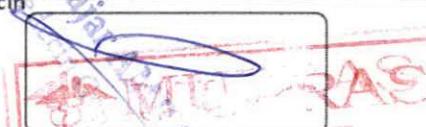
Date de naissance : 21-11-1967

Adresse :

Tél. : 0673713695 Total des frais engagés : 410,50

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

20 DEC 2019

Age : 15

Nom et prénom du malade : BENKIRANE SAADI

Lien de parenté : Un-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie : Dol de tête

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

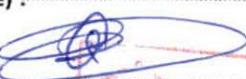
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at~~me~~meur conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 22/12/18

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-502869

DEC. 2019

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricole : 09726

Nom de l'adhérent(e) : BENKIRANE

Total des frais engagés : 410,50

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
09/02/2012	CHIRURGIE	1	100000	INP : 111111111111 Signature du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/12/19	260,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
	D 00000000	B 35533411 11433553		MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
	{Création, remont, adjonction} Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

ففة
ORDONNAN

Riupron® 0,3%
Ambroxol

88/50

PPV 0 0 0 0

DERB GHALLEF

Le 22.12.19

Benkiran Saadé Smi

149,00

charlin



AS

ESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 149,00 DH
LOT: 607821
PER: 08/20

58,40

Sellepsé

AS

108,00

58,40

14,10 28,70

AS
Lia

108,00

Solupred® 20mg



ANDULO®
PARACETAMOL 1000 mg
Comprimés effervescent 8x3.

Lot N°: 07220
A.t.u.v.: 24.5.20
PPV(DH): 14,50

38,80

Fleiss P + 3

Dr. Hajar A.
i'Medecin

زنقة المصطفى بن يوسف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 - فاكس: 05 22 86 42 05
05 22 86 42 05 - 05 22 86 30 20 - 27

Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

260,70

POLYCLINIQUE C.N.S.S - 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



N° IPP :	1122331	N° SEJOUR :	190087452	FACTURE N° 1905061647				DATE D'ENTREE : 22/12/2019		DATE DE SORTIE : 22/12/2019	
ASSURE :			UF: 5002 URGENCES					DESTINATAIRE :			
MALADE :	BENKIRANE,Saadi Sami		N° IMMAT C.N.S.S :		BENKIRANE,Saadi Sami						
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 GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				25.96					0.00	25.96	
FOURNITURES MEDICALES				3.84					0.00	3.84	

Intervenant : 200514 DR AMRAINE HAJAR (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX :	149.80								149.80
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT QUARANTE NEUF DHS ET QUATRE-VINGT CENTIMES	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :						AVOIR:	
	RESTE DU:	149.80	R							
DATE FACTURE : 22/12/2019	EDITEE LE 22/12/2019 PAR BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :								
VISA		DATE AT :								
Réglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31										

