

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.

Éducation :

- 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard de ses données personnelles.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

15696

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023197

Maladie

Dentaire

Optique

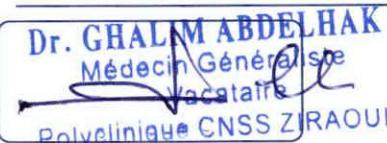
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1585 Société : RATI
 Actif Pensionné(e) Autre : _____
Nom & Prénom : BOUKAR FAKIR Date de naissance : 30-3-1953
Adresse : 11 Allée 1000 FAKIR Bld HASSAN II - CASA
Tél. : 06 73 51 81 19 Total des frais engagés : 526,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Dr. GHALIM ABDELHAK
Médecin Généraliste
Vaccinatine
Polyclinique CNSS ZIRAOUI

Date de consultation : 02/11/2020

Nom et prénom du malade : BOUKAR FAKIR Amine Age : _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pharyngite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

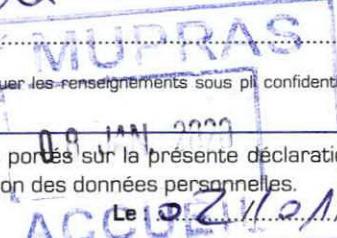
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :


Le 02/11/2020


ACCUE

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
27/3/2014	POLYCLINIQUE DE ZIRAOUI SOCIETE SOCIALE CASABLANCA Prise en charge	2	80,00	Dr. GHALIM ABDELRAHIM Médecin Généraliste vacataire Polyclinique CNSS ZIRAOUI

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'OD.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

LE PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE

le 02/01/2020

19650

↓ مص

BOUKURIS Amina

19.6,50 x 2

①

Sepcam no

19650

② 23.00

1 g 20 g > 8'

ALER 2

③ 3.00

1 g 1 e Suri

alunodol

1 g 20 g

646,00

PPV :

LOT :

PER :

0
30,00

Dr. GHALIM ABDELHAK

Médecin Généraliste

Vacataire

Polyclinique CNSS ZIRAOUI



N° IPP : 700393	N° SEJOUR : 200000131	FACTURE N° 2005000079				DATE D'ENTREE : 02/01/2020		DATE DE SORTIE : 02/01/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		EL BARDOUI,Amina		
MALADE : EL BARDOUI,Amina		UF: 5002 URGENCES				N° IMMAT C.N.S.S. :				
NOM JEUNE FILLE :						N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :				
TIERS PAYANT 1 :										
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
ACTES COTES EN C CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00

Intervenant : 13072009 GHALIM ABDELHAK GENERALISTE	TOTAUX : 80.00	PLAFOND PC : 80.00	ACOMPTE : 80.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : PLAFOND PC : 80.00	RE: REMISE : 0.00	REGLE : 80.00	AVOIR : 0.00	
QUATRE-VINGT DHS	RESTE DU : 0.00			
DATE FACTURE : 02/01/2020	EDITEE LE : 02/01/2020	PAR : SIBAI	ACCIDENT DE TRAVAIL :	
VISA	N° DE POLICE :	DATE AT :		
Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI		BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA		
BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA		N° compte bancaire : 0 1 780 00 00 43 210 00 60050 54		

POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
CASABLANCA - ZIRAOUI
Frais pris en charge