

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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

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 : 2841 Société : 58604

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

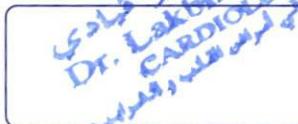
Adresse :

Téléphone :

Total des frais engagés : 508,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/02/2021

Nom et prénom du malade : N R Lamia bennost TAFI Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HNP + palpitation

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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes.
14/01/21	IC16		250,00	<i>Dr. Labidi CARDIOLOGUE</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE LA PIAZZA Sidi Mountaz - Casablanca Tél.: 001643162004493 ICE : 140121</i>	14/01/21	259,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

وصفة ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 14/01/2021

AR

GAMIL

BL nesrata

1

Sectol 400 mg

1 mg

2 -

Amlor 5 mg

28,80
x 3
M. 53 mm
259,20

PPV	
LOT	28,80
PER	
PPV	
LOT	28,80
PER	

كتور الدكتور
Dr. Lakhdar OLYA
CARDIOLOGUE
جامعة ابن الصنفون

PPV	
LOT	28,80
PER	
PPV	
LOT	28,80
PER	
PPV	
LOT	28,80
PER	
PPV	
LOT	28,80
PER	

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 : 1061663	N° SEJOUR : 210003257	FACTURE N° 2102000734				DATE D'ENTREE : 14/01/2021 DATE DE SORTIE : 14/01/2021				
ASSURE :										DESTINATAIRE :
MALADE : JAMIL, El Mostafa		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				JAMIL, El Mostafa				
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
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.	CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00

Intervenant : M0100003 DR. QIYADI LAKBIR				TOTAUX :	250.00					250.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
DEUX CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	250.00		AVOIR :		
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 14/01/2021 EDITEE LE : 14/01/2021 PAR: ZBIRY				ACCIDENT DE TRAVAIL							
VISA				N° DE POLICE					DATE AT :		
				Réglément 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						