

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

N° P19-

064187

82733

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6644

Société : Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BALAHNA BELKACEM

Date de naissance :

15/04/1957

Adresse :

Lot Sebailia 1 Rue 15 NR 8 Hay Hassani

Casablanca

Tél. : 0614375885 Total des frais engagés : 625,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/01/2021

Nom et prénom du malade : AARAX BOHMOU Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE AL HAKIM DE LA QUESBOUCHRA 100, Rue Angle 64/100 Lot. Sekelia Oufata CASABLANCA - Tél: 0522 90 71 80</p>	AL HAKIM PHARMACIE DE LA QUESBOUCHRA 100, Rue Angle 64/100 Lot. Sekelia Oufata CASABLANCA - Tél: 0522 90 71 80 26/01/2021	625,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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

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											
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552										
D	00000000	00000000										
B	35533411	11433553										
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



درب غلف

وَصْفَةُ ORDONNANCE

Le 26/8/20

S PHARMACIE AL HAKIM
DT. ALAOUI BOUCHRA
100, RUE AÏT ABBAS 541100 Lut Sekhilia Oujda,
CASABLANCA - Tel. 0522 90 7150



وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 19/07/02

AARAK Fehmi

Hemocultyre

Bac 00015



نفقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 05 22 86 42 05 - فاكس : 05 22 86 42 05
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

LABORATOIRE D'ANALYSE DE BIOLOGIE MEDICALE
CNSS DERB GHALLEF

Date du prélèvement : 19-08-2021 à 14:58

Code patient : 1907040068

Né(e) le : ()

IPP :



Mme AARAK Fatima

Dossier N° : 2108190036

Prescripteur :

BACTERIOLOGIE

HEMOCULTURES

Date de prélèvement : 19-08-2021

Heure de prélèvement : 14:30

Prélèvement : Hémoculture

Examen bactériologique

Cultures aérobies : Stériles après 7 jours d'incubation

Validé par : BENNAR Mohamed

POLYCLINIQUE CNSS
Drb GHALLEF
SERVICE LABORATOIRE

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 : 1235066	N° SEJOUR : 210065051	FACTURE N° 2105041432				DATE D'ENTREE : 19/08/2021				DATE DE SORTIE : 19/08/2021			
ASSURE :						DESTINATAIRE : AARAK,Fatima							
MALADE : AARAK,Fatima				UF: 5002 URGENCES									
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			
ACTES DE BIOLOGIE													
ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE	B	80.00	1.10	88.00						0.00	88.00		
Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES.				TOTAUX :	88.00						88.00		
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT HUIT DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE :			
				REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :			
				RESTE DU :	88.00								
DATE FACTURE : 19/08/2021				EDITEE LE : 19/08/2021	PAR: SAAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA				N° DE POLICE :			DATE AT :						
				Règlement 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									