

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A DIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 du traitement des données à caractère personnel.

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



Déclaration de Maladie 9461
Nº P19-0028650

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9461 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BELEK KADEN N°

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 60 371092 Total des frais engagés : 3.08,42 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/12/2021

Nom et prénom du malade : BELKEN KADEN KHAWLA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Crise d'air sèche

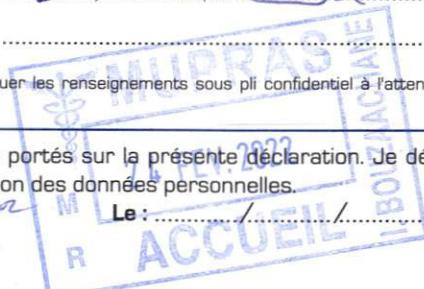
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 0959 24/02/22 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : DR. BENSAHIR IMAD



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
31-12 2021	MR.BENSGHIR IMAU MEDECIN GENERALISTE INPE: 091263491	140,42		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE CHAOUI AHMIDA Mohammed 497, Bd. El Fida - Casablanca Tél : 05 22 28 08 21 PE : 092018357 - ICE : 001468391000087	31/12/21	168,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonc]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a circular arrangement of 16 numbered circles (1 through 8) on a coordinate system. The circles are arranged in four quadrants:

- Top Quadrant (H-axis):** Circles 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
- Bottom Quadrant (B-axis):** Circles 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
- Left Quadrant (D-axis):** Circles 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
- Right Quadrant (G-axis):** Circles 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

The axes are labeled D (left), G (right), H (top), and B (bottom).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

31/12/2021

BELAKADEN KALAWLA

69.00

M KALAWLA
gel x 2 f → ملا



Relax 375
gel le sein → ملا



PHARMACIE CHAOUI
AHMIDA Mohammed
497, Bd. El Fida - Casablanca
Tel: 05 22 28 08 21
Fax: 05 22 86 42 05

BR. BENSGHIR IMAD
MEDECIN GENERALISTE
INPE: 091263491

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس: 05 22 86 42 05

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

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 :	1264610	N° SEJOUR :	210105845	FACTURE N° 2105058683			DATE D'ENTREE : 31/12/2021		DATE DE SORTIE : 31/12/2021	
ASSURE :							DESTINATAIRE :		BELEMKADEM,Khawla	
MALADE : BELEMKADEM,Khawla				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
CONSULTATION DE MEDECIN.	V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A)										
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				11.96					0.00	11.96
FOURNITURES MEDICALES				0.96					0.00	0.96

Intervenant : M0100016 DR BENSGHIR IMAD	TOTAUX :	140.42						140.42	
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :						ACOMPTE:		
CENT QUARANTE DHS ET QUARANTE DEUX CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :	140.42			AVOIR :		
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 31/12/2021	EDITEE LE : 31/12/2021	PAR: KARIM	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE :						
			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					