

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE 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.

ologie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9461 Société : 111823

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BELLENDKADEN N. ed

Date de naissance : 05/03/65

Adresse :

Tél. : 0660371097 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Dr EL FARES Mehdi
Pédiatre-Res-Néonat Cardiopédiat
INPE: 0911779903

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :
Dr EL FARES Mehdi

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : CRSE D'ATHÉAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dr EL FARES Mehdi

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) :
Dr EL FARES Mehdi

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
12-02-22	Consultation	100	100	Dr. EL FARSI MATH Radiologie Pédiatrique et Cardiopédiatrie TINP : 091179903
12-02-22	Antécédents	100	100	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 MAISON DE LA PHARMACIE 104 Med VI 190 - RC:373142	12.01.2022	537,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	H D ————— G B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

185.00 x 2

SAF FLU 150.

MS

2 bottles x 2

LOT: GB10604
PER: 02/2024
PPV: 185 DH 00

or 1 the

LOT: GB11158
PER: 08/2023
PPV: 185 DH 00

6 bottles

PHARMACIE FARIS
El BAIDA
928 Avenue Mohamed VI
Tél: 05 22 23 59 00 - 06 67 37 31 41

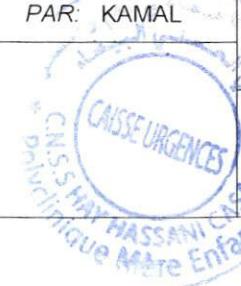
Dr EL FARIS MÉD.
Pédiatre Pé-Neonat Cardiologue
INPE: 091 1790

PHARMACIE FARIS
El BAIDA
928 Avenue Mohamed VI
Tél: 05 22 23 59 00 - 06 67 37 31 41



N° IPP :	727833	N° SEJOUR :	220004826	FACTURE N° 2205001943			DATE D'ENTREE :	12/02/2022	DATE DE SORTIE :	12/02/2022
ASSURE :							DESTINATAIRE :			
MALADE :	BENELMKADEM,Alaa			UF:	5002 URGENCES	BENELMKADEM,Alaa				
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S. :						
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :						
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1	TIERS PAYANT 2	PART DU MALADE	
							% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE		FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE	FURG15	1.00	100.00	100.00			0.00	100.00
OXYGENOTHERAPIE PAR DEMI HEURE										

Intervenant :	470088 DR FARES MOHAMED EL MEHDI	TOTAUX :	100.00						100.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :					PLAFOND PC :				ACOMPTE:
CENT DHS					REMISE :	0.00	REGLE :	100.00	AVOIR:
					RESTE DU:	0.00			
DATE FACTURE : 12/02/2022 EDITEE LE : 12/02/2022 PAR: KAMAL					ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA					N° DE POLICE :	DATE AT :			
					Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S				
					BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR				
					N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49				





N° IPP :	727833	N° SEJOUR :	220004825	FACTURE N° 2205001942				DATE D'ENTREE :	12/02/2022	DATE DE SORTIE :	12/02/2022
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	BENELMKADEM,Alaa			UF: 5002 URGENCES				BENELMKADEM,Alaa			
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE		CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
OXYGENOTHERAPIE PAR DEMI HEURE		FURG15	2.00	100.00	200.00					0.00	200.00
CONSULTATION DE MEDECIN											
CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F		CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					4.18					0.00	4.18
FOURNITURES MEDICALES					17.82					0.00	17.82

Intervenant :	470088 DR FARES MOHAMED EL MEHDI	TOTAUX :	412.00								412.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
QUATRE CENT DOUZE DHS		REMISE :	0.00	REGLE :	412.00					AVOIR:	
DATE FACTURE :	12/02/2022	EDITEE LE :	12/02/2022	PAR :	NEJMI	RESTE DU:	0.00				
VISA						ACCIDENT DE TRAVAIL :					
						N° DE POLICE :					DATE AT :
						Reglement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S				
						BANQUE :	BMCE - YAACOUB ELMANSOUR				
						N° compte bancaire :	011 780 0000 71 210 00 60070 49				

