

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.

Rééducation :

- 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

- Reclamation : 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.

M22- N° 003499

120805

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3187 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENSMAIL Hamid

Date de naissance : 17.51

Adresse :

Tél. : 0661664832 Total des frais engagés : 341,86 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KABAB ABDELHADI
Médecin Urgentiste Polyclinique
CNSS Derb Ghalef
INPE: 41094228

Date de consultation : 16.02.22 Nom et prénom du malade : BENSMAIL Hamid Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Synthèse populaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Casablanca Le : 16/02/22

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
16.06.2022	J		150,26	ABDELHADI

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/06/2022	182,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	G			
	B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 16/08/22

Ben Youssef Imane

63⁰⁰

Dr Noureddine Soltani

14/08

466

Cetamyl 1000 mg

8

Dsheb 400

69,80

70,50

9

Bon Jour 500

31

7 a 500

31

182,60

DR RAAB ABDELHADI
Médecin Urgentiste Polyclinique
CNSS Derb Ghallef
INPE: 41034228

LOT : 4128
UT. AV : 10-23
P.P.V : 63 DH 00

CETAMYL 1000 mg
paracétamol
Boîte de 8 comprimés effervescents
P.P.V : 14,50 DH

LOT: M0535
PER: 04/2021
PPU: 69,80 DH

LOT: 4128
UT. AV: 10-23
P.P.V: 35,30 DH

N° IPP : 1302182 N° SEJOUR : 220052554

FACTURE N° 2205015236

DATE D'ENTREE : 16/06/2022 DATE DE SORTIE : 16/06/2022

ASSURE :

MALADE : BEN ISMAIL,Hamid

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

BEN ISMAIL,Hamid

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.										
VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A	V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				38.30					0.00	38.30
FOURNITURES MEDICALES				0.96					0.00	0.96

Intervenant : 261207 DR KAAB ABDELHADI (GENERALISTE)	TOTAUX : 159.26	159.26	159.26	159.26	159.26	159.26	159.26	159.26	159.26	159.26
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :									ACOMPTE:
CENT CINQUANTE NEUF DHS ET VINGT SIX CENTIMES	REMISE :	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	AVOIR:
	RESTE DU:	159.26	159.26	159.26	159.26	159.26	159.26	159.26	159.26	
DATE FACTURE : 16/06/2022	EDITEE LE : 16/06/2022	PAR: KARIM	ACCIDENT DE TRAVAIL							
VISA			N° DE POLICE							DATE AT :
			Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef						
			BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
			N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31						