

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

- 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.

M22- N° 004538

121447

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2247

Société : RIAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : PESSOUANY HASSAN

Date de naissance : 18/03/1958

Adresse : 9, résidence RIAD, rue IBN KHATIRANE N° 10
SULTAN SUD, CASABLANCA

Tél. : 066 3 60 7 226 Total des frais engagés : 386,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/06/2022

Nom et prénom du malade : ALLAH S DRISI Amal S

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Traumatisme pied G

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 : 12/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

8

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
12/06/22	CN	3	30	DR. BENSGIR Imad Omnipraticien INPE: 091263491 Tél: 05 20 23 79 09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/06/22	116,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/06/22	Rg	116,70

AUXILIAIRES MEDICAUX

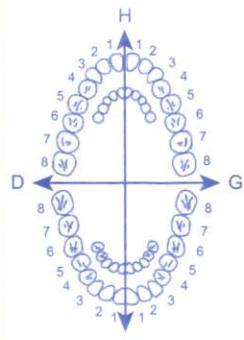
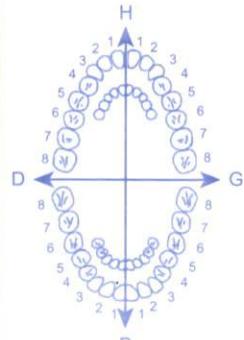
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة
(Rx) ORDONNANCE

Le 12/06/2011

ALIAN SOFISI ANINA

CAISSE URGENCES
DERB-GHALLEF CASABLANCA
POLYCLINIQUE CNSS

Ry Ried 6/6 11/11

Dr. BENSGHIR Ima
INPE : 091263491
Tél : 05 20 23 79 09
Omnipraticien



Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

Casablanca le : 12/06/2022

Patient (e) : ALLAM IDRISI AMINA

RX. PIED GAUCHE F/P

Minéralisation osseuse normale.

Absence d'anomalie articulaire ou architecturale osseuse.

Absence d'anomalie des parties molles.

Pr CHIKHAOUI Nabil
Radiologue
Polyclinique CNSS
Derb Ghallef



N° IPP : 1301024	N° SEJOUR : 220050914	FACTURE N° 2205014810				DATE D'ENTREE : 12/06/2022				DATE DE SORTIE : 12/06/2022			
ASSURE :						DESTINATAIRE : ALLAM IDRISI, Amina							
MALADE : ALLAM IDRISI, Amina		UF: 5002 URGENCES				N° IMMAT C.N.S.S. :							
NOM JEUNE FILLE :													
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.	CN	1.00	120.00	120.00							0.00	120.00	

Intervenant : M0100016 DR BENSGHIR IMAD				TOTAUX :	120.00							120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS				PLAFOND PC :								ACOMPTE :
				REMISE :	0.00	REGLE :						AVOIR :
				RESTE DU:	120.00							
DATE FACTURE : 12/06/2022				ACCIDENT DE TRAVAIL.								
EDITEE LE : 12/06/2022				N° DE POLICE :				DATE AT :				
PAR: SAAD												
VISA				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								

POLYCLINIQUE CNSS
DERB GHALLEF CASABLANCA

N° IPP : 1301024	N° SEJOUR : 220050913	FACTURE N° 2203020031				DATE D'ENTREE : 12/06/2022		DATE DE SORTIE : 12/06/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ALLAM IDRISI, Amina		
MALADE : ALLAM IDRISI, Amina		UF: 5003 RADIOLOGIE				N° IMMAT C.N.S.S. :				
NOM JEUNE FILLE :										
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 RADIOLOGIE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .		TOTALS :		150.00						150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE :		
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :		
				RESTE DU :	150.00						
DATE FACTURE : 12/06/2022		EDITEE LE : 12/06/2022		PAR: SAAD		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					

POLYCLINIQUE CNSS
DERBI GHALLEF CASABLANCA

Casablanca, le 12/06/2022

à

Monsieur le Directeur
de la MUPRAS

Objet : Déclaration.

je soussigné, Hassan RESSOUANT M^{le} 2247
déclare sur l'honneur que, le 12/06/2022
mon conjoint Mme Amna allam Idnissi, 54
ans a eu un traumatisme du pied gauche
au niveau du petit doigt et ce en
heurtant un pied d'un fauteuil à la maison.

Hassan Ressouant

19/06
C=