

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

125988

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 90394 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ARRIF BOUC HABIB

Date de naissance :

Adresse : 18 Rue 18 MAY OULED CASA

Tél. : 0660527018 Total des frais engagés : 174,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

16/05/2022

Nom et prénom du malade :

MR KATELA Zoukra

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Alfets degre

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 : 16/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :



HZ



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
16/15/20	S		150DH	 Dr. A. BENDAHMAD CHIRURGE GASTROENTEROLOGIE & PROTOLOGIE CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/05/22	24,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة ORDONNANCE

Le 16 MAI 2022

Dr HASSAN SOHBI

24,5

1. Tramadol (S)

LOT : 7101
UT. AV : 02-26
P.P.V : 24 DH/50

100 x 3'

aw apos -

- baclofex (S)

100 x 3'

IF A. BENDAHMANE
EPATO GASTROENTEROLOGIE
& PROCTOLOGIE
CASABLANCA

PHARMACIE AL OUARD
S. CHALAK Haj Nassar
Docteur en Pharmacie
35 Av. Oued Sebou - El Oufra
Tel / Fax : 05 22 90 53 45
CASABLANCA
Tél : 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

POLYCLINIQUE CNSS - 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 :	1294384	N° SEJOUR :	220041572	FACTURE N° 2205011575				DATE D'ENTREE :	16/05/2022	DATE DE SORTIE :	16/05/2022
ASSURE :								DESTINATAIRE :	HALTA,Zahra		
MALADE :	HALTA,Zahra				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 :					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.											
CONSULTATION DE SPECIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant :	02022017 DR BENDAHMANE ASMAE GASTRO-ENTEROLOGIE			TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :		
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE :	16/05/2022	EDITEE LE :	16/05/2022	PAR:	IMANE	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						