

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10639**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ER YOUSSEF MOHAMED

Date de naissance :

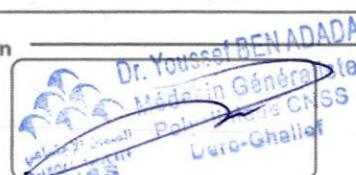
Adresse : **Leïl Zouhour 183 (1) n°4 ouafa**

Tél. : **06.68.60.33.88**

Total des frais engagés : **390,00**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **MISS NINÉ ER YOUSSEF MOHAMED** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Douleur abdominale

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 médecin conseil de la Mutuelle.

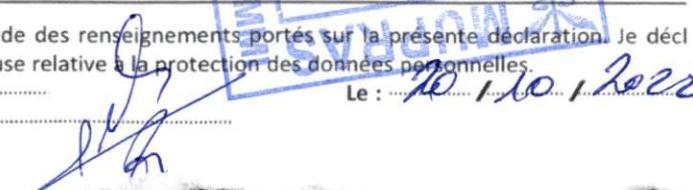
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je décl
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

casab

Le : **10/10/2022**

Signature de l'adhérent(e) :



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
20-10	U		120	INP : 091758709 Dr. Youssef Ghanem Médecin Généraliste Poly Clinique 33 Béjaia
2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20.10.2022	ECHO	200

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	00000000	00000000	
	G	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة
ORDONNANCE

Le 20/10/2022

Nesrine EL Radhars.

Douleur abdominale diffuse
+ Diarrées

⇒ Échographie
Abdominale

Dr. Youssif BEN ADADA
Médecin Généraliste
Polyclinique CNSS
Derb-Ghallef

N° IPP : 1331589	N° SEJOUR : 220094577	FACTURE N° 2203037294				DATE D'ENTREE : 20/10/2022		DATE DE SORTIE : 20/10/2022			
ASSURE :						DESTINATAIRE :					
MALADE : MADHOUS,Nissrine		UF: 5003 RADIOLOGIE				NOM JEUNE FILLE :		NOM ADHERENT OU DE MUTUALISTE :			
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :				REF. PC 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :			
TIERS PAYANT 1 :		REF. PC 2 :				TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
TIERS PAYANT 2 :		LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
REF. PC 1 :		CLE	x COEF	UNITAIRE							
ACTES DE RADIOLOGIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 18102013 DR BENBRAHIM ABDELILAH (RADIOLOGUE)	TOTAUX : 200.00										200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :									ACOMPTE:	
DEUX CENTS DHS	REMISE : 0.00	REGLE :								AVOIR :	
	RESTE DU: 200.00										
DATE FACTURE : 20/10/2022	EDITEE LE : 20/10/2022	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								



INPE 090001512
ICE 001757364000080

**Polyclinique
Derb-Ghallef**

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 20/10/2022

Patient (e) : **MADHOUS NISRINE**

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Foie homogène de volume normal de contours réguliers.

Vésicule biliaire alithiasique

Voie biliaire principale et tronc porte de calibre normal.

Reins sont de taille normale et non obstructif.

Rate est d'aspect normal.

Pancréas sans anomalies visibles.

Vessie homogène.

Absence d'épanchement intra péritonéale.

CONCLUSION

Météorisme.

Echographie abdominale est sans particularité.

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

Dr A. BENBRAHIM

Dr. Abdellah BENBRAHIM
Médecin Radiologue
Médien CNSS DERB GHALLEF
N° 21576799