

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

149912

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13181 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El Aloui Benchach Nizar

Date de naissance : 01/11/1994

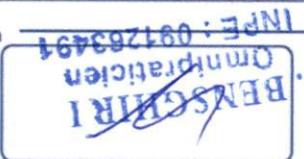
Adresse :

Tél. : 0658 36 72 26

Total des frais engagés : 403,97 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/12/2012

Nom et prénom du malade : El Aloui Benchach M.Z.A.N Age :

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/12/2012

VOLET ADHÉRENT

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
10/10/2022	en	122	129,60	INPE 091263491 Dr. BENGHITI
		+ A/H		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/10/2022	
		230,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

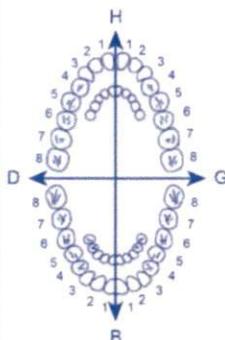
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

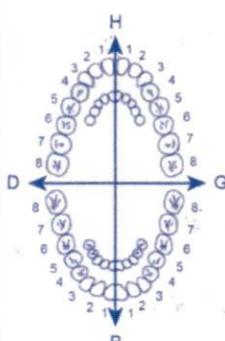
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
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

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

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 21/12/22

EL ALAOUI BENHABIB N. ATR

79,70

11 Azox 50mg qd



14,80

mp 1J → 03 J



65,00

Vita C 1g qd

x 10 J

31 Dolins 50 mg



14,00 mas x 31 J



4/ Dofiprane 1g qd x

mp x 31 J

52,80

s. f.

5/ Octes 20mg qd

mp x 31 J

230,80. 1ycd → 14j

s. f.

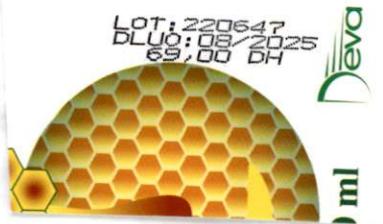
Dr. RENSGHIRI
Oncopaticien
NPE : 091263491



Un léger dépôt, dû aux caractères naturels des plantes,
peut se produire mais ne nuit en rien à la qualité du
produit.



Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI PHARMACien Responsable
146-147, Zone Industrielle T1 Mellil - Casablanca
200 ml



LOT 211149
EXP 04/2024
PPV 52.80 DH



N° IPP :	1347332	N° SEJOUR :	220116645	FACTURE N° 2205033695		DATE D'ENTREE : 21/12/2022		DATE DE SORTIE : 21/12/2022		
ASSURE :			DESTINATAIRE :			EL ALAOUI BENCHAD,Nizar				
MALADE :	EL ALAOUI BENCHAD,Nizar		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 :	REF. PC 2 :			N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					CLE	x COEF	UNITAIRE	% / Dh	MONTANT	% / Dh
CONSULTATION DE MEDECIN.										
VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A	V	1.00	120.00	120.00				0.00	120.00	
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50				0.00	7.50	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				50.25				0.00	50.25	
FOURNITURES MEDICALES				1.92				0.00	1.92	

Intervenant : M0100016 DR BENSGHIR IMAD	TOTAUX :	179.67						179.67
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :					ACOMPTE:
CENT SOIXANTE DIX-NEUF DHS ET SOIXANTE SEPT CENTIMES			REMISE :	0.00	REGLE :	179.67		AVOIR:
			RESTE DU:	0.00				
DATE FACTURE : 21/12/2022	EDITEE LE : 21/12/2022	PAR: BAKHRI	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				