

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-531121

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 64192	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Personne(e)	<input type="checkbox"/> Autre	A 61659
Nom & Prénom : RASS, O Sars			
Date de naissance : 16/08/1965			
Adresse : 629 lot Haj Fath casablanca			
Tél. : 0661 566363	Total des frais engagés : 484,8 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DR. KAAB ABDELHADI Médecin Urgentiste Polyclinique CNSS Derb Ghalef NPE: 41094228 </div>			
Date de consultation : 16/08/23			
Nom et prénom du malade : ABDERRAZAK Dine Age : 56			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : gastro entérite			
En cas d'accident précisez les circonstances			
Dans le cas où la maladie a 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 : 23 MAI 2023		
Signature de l'adhérent(e) : R ACCUEIL			

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
16/05/2023	2023	280	280	INP : DR. KAAB ABDELJADID Médecin Urgenciste Polyvalent CNSS Dera Ghalef NIP : 41094228

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MORNARIA Dr. EN PHARMACIE N° 13 Nay Idrissia II - Avenue (B) - Tél : 05.22.85.22.25 - CASABLANCA	16/05/2023	204,80

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[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
ORDONNANCE

Le 16-05-23

Mr. Abderrahim Dhouane

52,89 Ultra pro 588
20 29
52,89 Ultra pro 588
65,10 Ultra 29
65,10 Ultra 29
40,00 Antibio 200
20 29
46,90 Acti valme 346
20 29

PHARMACIE TA
MORNAKIN
PHARMAC
avenue (B)
CASABLANCA

LOT: M0940
PER: 01/2025
PPU: 52,80DH

Fab: صنع: EXP: صالح لغاية:

1043 05 2022 05 2025
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

LOT 224029 1
EXP 11 2024
PPV 40.00
CNSS Derb Ghallef INPE: 41094228
ACTICARBINE 70 MG Comp (84)
PPV 46,90 DH SOTHEMA
6118001070015



N° IPP : 1383459 N° SEJOUR : 230047115

FACTURE N° 2305013729

DATE D'ENTREE : 16/05/2023 DATE DE SORTIE : 16/05/2023

ASSURE :

MALADE : ABOUSAID,Imane

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

DESTINATAIRE :

ABOUSAID,Imane

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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
AUTRES ACTES COTES EN K										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50
CONSULTATION DE MEDECIN.										
VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A	V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				41.74					0.00	41.74
FOURNITURES MEDICALES				5.76					0.00	5.76

Intervenant : 261207 DR KAAB ABDELHADI (GENERALISTE)	TOTAUX :	280.00								280.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
DEUX CENT QUATRE-VINGT DHS	REMISE :	0.00	REGLE :						AVOIR :	
	RESTE DU:	280.00								
DATE FACTURE : 16/05/2023	EDITEE LE : 16/05/2023	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						

POLYCLINIQUE ADDAMAN
38-EL VILLE CASABLANCA
Caisse Urgences