

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.

M23-002559

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	6513	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : IMDRISSI ZAHRA FATHNA		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	02/05/23	Nom et prénom du malade :	IDRISI ZAHRA FATHNA Age :
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Dentalia Allal Ben Abdellah		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

BELEVE 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
1/02	Un XK	2983	96	Dr. Benslimi Imad Omnipraticien INPE 091263491

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

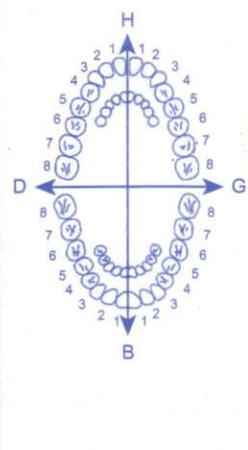
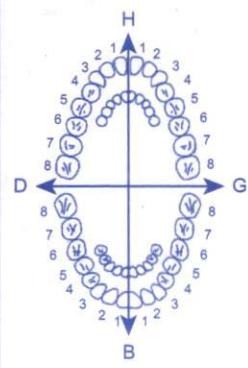
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		
D 00000000	00000000	G 35533411 11433553	B 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

N° IPP : 1379244 N° SEJOUR : 230040985

FACTURE N° 2305012031

DATE D'ENTREE: 02/05/2023 DATE DE SORTIE: 02/05/2023

UF de présence: 5002 URGENCES

NATURE DE PRESTATION

LETTRE
CLE

NOMBRE

PRIX
UNITAIRE

TOTAL

TIERS PAYANT 1

TAUX

MONTANT

TIERS PAYANT 2

TAUX

MONTANT

PART DU MALADE

TAUX

MONTANT

Report page précédente

274.96

0.00

0.00

274.96

Intervenant : M0100016 DR BENSGHIR IMAD

TOTAUX :

274.96

274.96

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT SOIXANTE QUATORZE DHS ET QUATRE-VINGT SEIZE CENTIMES

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE :

0.00

REGLE :

274.96

AVOIR:

RESTE DU:

0.00

DATE FACTURE : 02/05/2023

EDITEE LE : 02/05/2023

PAR: BAKHRI

ACCIDENT DE TRAVAIL :

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





N° IPP :	1379244	N° SEJOUR :	230040985	FACTURE N° 2305012031			DATE D'ENTREE :	02/05/2023	DATE DE SORTIE :	02/05/2023				
ASSURE :							DESTINATAIRE :							
MALADE : IDRISSI ZAHER,Fatna				UF: 5002 URGENCES			IDRISSI ZAHER,Fatna							
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S. :										
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
TIERS PAYANT 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		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				K	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50	
CONSULTATION DE MEDECIN.				CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX				AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES							20.86					0.00	20.86	
FOURNITURES MEDICALES							6.60					0.00	6.60	

Total à reporter

274.96

0.00

0.00

274.96