

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.



Déclaration de Maladie

M23-000675

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3187 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENSMAIL Hamid

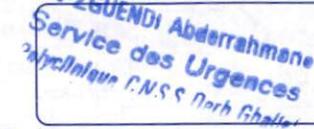
Date de naissance : 01/7/1951

Adresse :

Tél : 06166 4836 Total des frais engagés : 122.96 + 159.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27.7.2023

Nom et prénom du malade : BENSMAIL Hamid Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 4. AOUT 2023

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 : 27/07/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre des Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/07/23	C		159,70	 Dr. ZGUENDI Abderrahmane Service des Urgences Hôpital National CN.S.S. Dakh Ghali

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE KM 9 Dr. QUADRI Lissasia 1 - Tel: 0522 65 00 11	27/07/23	159,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

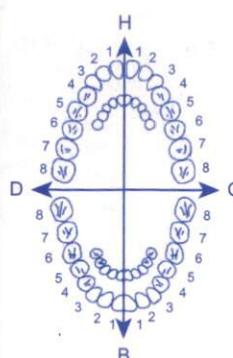
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

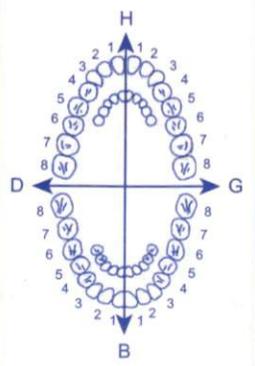
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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



وصفة ORDONNANCE



le 27/7/2023

71 BENSMAIL HADIS

79,30

79,30

Livane 50

2cpo/1 x 5j

52,60

Emmel sup

PPV: 47.80 DH
EXP: 03/25
Lot N°: L0216

1 cpo 2p

47,80

Dosen

159,70

PHARM
Dr. ZGUEB
Service des
Prescriptions

LOT : 1788
PER : 01 - 26
P.P.V: 32 DH 60

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 : 46278	N° SEJOUR : 230072914	FACTURE N° 2305021050	DATE D'ENTREE : 27/07/2023	DATE DE SORTIE : 27/07/2023
ASSURE :			DESTINATAIRE : BENSMAIL,Hamid	
MALADE : BENSMAIL,Hamid		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 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 GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				42.00					0.00	42.00
FOURNITURES MEDICALES				0.96					0.00	0.96

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX :	122.96						122.96
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DEUX DHS ET QUATRE-VINGT SEIZE CENTIMES		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU :	122.96					
DATE FACTURE : 27/07/2023	EDITEE LE : 27/07/2023	PAR: BILAL	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				