

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.

M22- 0033168

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 72,38

Société : R.A.M

179073

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El medecin Nadia

Date de naissance : 30/10/1959

Adresse : Cité pléneau jemmal 14 app 25 casab

Tél. : 06 69 99 26 05 Total des frais engagés : 2.69.32 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Bensahir Imad
Omnipraticien
INPE:001263491

Date de consultation : 29/04/2023

Nom et prénom du malade : El n RSTOUR N JAHIR Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : epiphysiolysis

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

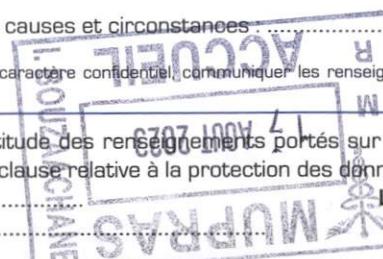
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29/04/2023 | U+K5 | | 260,38 | B. Bensghir Imad Omnipraticien APE:091203491 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



| | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------|----------------------|-----------|------------------------------|----------------------------------|---------------|----------------|-----------------|----------------|------------------|----------------|--|
| N° IPP : | 1378758 | N° SEJOUR : | 230040242 | FACTURE N° 2305011661 | | | | DATE D'ENTREE : | 29/04/2023 | DATE DE SORTIE : | 29/04/2023 | |
| ASSURE : | | | | | | | | DESTINATAIRE : | | | | |
| MALADE : | EL MESTOUR,Nadia | | | | UF: | 5002 URGENCES | | | | | | |
| 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 | NOMBRE | PRIX | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | |
| | CLE | | x COEF | UNITAIRE | % / 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 | | | | | 32.02 | | | | | 0.00 | 32.02 | |
| FOURNITURES MEDICALES | | | | | 4.80 | | | | | 0.00 | 4.80 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|------------|-------------|--------------|--------|--------------------------------------|-----------------------|---|----------|--------|--|
| Intervenant : | M0100016 DR BENSGHIR IMAD | TOTAUX : | 269.32 | | | | | | | 269.32 | |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE: | | |
| DEUX CENT SOIXANTE NEUF DHS ET TRENTÉ DEUX CENTIMES | | | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | | | AVOIR: | | |
| | | | | RESTE DU: | 269.32 | | | | | | |
| DATE FACTURE : | | 29/04/2023 | EDITEE LE : | 29/04/2023 | 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 | | | |