

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-822916

198707

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8975 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAHLATI Abdellah

Date de naissance : 22-07-1969

Adresse : 123 belle une Sidi saadg. casab

Tél. : Total des frais engagés : 100819300 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zakia SOUBHI ORL

Date de consultation : 19-12-2013

Nom et prénom du malade : EL ANDALOUSI RAHIMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : RH

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 13 MAR 2013

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 : CARDA Le : 01/10/2013

Signature de l'adhérent(e) :

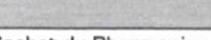
O

13 MAR 2013

CARDA

Le : 01/10/2013

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
29.12.23	S		1500 H	INP : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> DR. ZME Soubhi ORL 091130740 INP : C.N.S. Serb Ghati

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/12/23	201,70

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	INP : <input style="width: 100%;" type="text"/>	
				Coefficient DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES				
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
		H	21433552	G	
		25533412	00000000	B	
		D	00000000	G	
		35533411	00000000		
B		11433553			
(Création, remont, adjonction)				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة

ORDONNANCE

le 29/01/23

Mr. & A NDAroum.

119,10

1) Personnel

82,60 1 pulx d'chapeur nem 2

2) Alor 2

100%

SV

SV

SV

3) Gremiin or. hel

1 or. hel wap chapeur wap et 1
an wachet

4) Andree

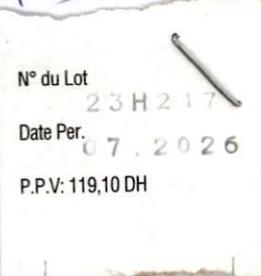
1 gel xalit u-zain pd.8:

U 1 gel limali per 3 semai.

5) Holyan 200

1 CPR 375

Dr. Zakia SOUBHI
ORL



LOT : 231314
EXP : 09/2026
PPV : 82,60DH

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 : 1444158	N° SEJOUR : 230132872	FACTURE N° 2302035345			DATE D'ENTREE : 29/12/2023		DATE DE SORTIE : 29/12/2023			
ASSURE :					DESTINATAIRE :					
MALADE: el ANDALOUSSI,Batoul NOM JEUNE FILLE:		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S.:			el ANDALOUSSI,Batoul					
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :								
REF. PC 1 : NATURE DE PRESTATION	REF. PC 2 : CLE	LETTERE NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE										

Intervenant : M0100023 DR SOUBHI ZAKIA (ORL)	TOTAUX : 150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE : 0.00	REGLE : 150.00					AVOIR :	
	RESTE DU: 0.00							
DATE FACTURE : 29/12/2023	EDITEE LE : 29/12/2023	PAR: IMANE	ACCIDENT DE TRAVAIL:					
VISA:	N° DE POLICE :		DATE AT:					
	Réglement 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							

Dr. Zakia SOUBHI
ORL
Polyclinique CNSS
Ghallef
Consultation

Dr. Zakia SOUBHI
ORL
Polyclinique CNSS
Ghallef
Consultation