

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1987 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Z.N.I.B.E.N. ROHAMA J

Date de naissance : 9-5-50

Adresse : B.D de la Côte centrale Des El menech 3

... sin rib

Tél. : 066 131 02 18 Total des frais engagés : 3769 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 8/11/19

Nom et prénom du malade : EL KADIRI Bouchra Age : 62

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Carap Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : z.n.i.b.e.n



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
05/01/2019	Consultation	150	150,00	DR. OTHMANE OUARDI PNEUMATOLOGUE VACANCE CNSS INPE:04118897 CNSS MARRAKECH

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.  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

SOINS DENTAIRE	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT 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'EX

وصفة Ordonnance

Le : 08/11/19

LOT : 8883
PER : 11-20
P.P.V : 187DH00

187,00

①

AClar yg sahert

Bouchra



33,00

②

Broxyl sir

220,00

165 x 21g

33,00

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

AMM N° : 264/12DMP/21/NCN

 Broxyl®

DR. OTHMANE GUARDI
PNEUMOLOGUE
VACATAIRE
INPE:04118897
POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

DR. OTHMANE GUARDI
PNEUMOLOGUE
VACATAIRE
INPE:04118897
POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH



N° IPP : 226447

N° SEJOUR : 190023231

FACTURE N° 1902014801

DATE D'ENTREE : 08/11/2019

DATE DE SORTIE : 08/11/2019

ASSURE :

MALADE : EL KORTOBI, Bouchra

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

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 SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : V0188 DR OUARDI OTHMANE(PNEUMO-PHTISIOLOGIE)

TOTALS : 150.00

150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE :

AVOIR:

RESTE DU: 150.00

DATE FACTURE : 08/11/2019

EDITEE LE : 08/11/2019

PAR : BITROU

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA



N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de :

POLYCLINIQUE C.N.S.S - MARRAKECH

BANQUE :

BMCE - MARRAKECH MENARA

N° compte bancaire :

011 450 0000 12 210 00 60620 67