

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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'Horloger Casablanca - 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-440877

CA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5187

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABOUTAYERS NOUN SAID

Date de naissance :

21.04.60

Adresse :

81 Rue Ourjouan Hay Rama Casa

286,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

03

03 / 2020

Nom et prénom du malade :

ABOUTAYERS, ZAKHIA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Comptoir

Enfant

Nature de la maladie :

ACCIDENT

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 : CASABLANCA

Le : 03/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ZAKHIA

ASSOCIEE RAM

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficients des Honoraires	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/03/20	13/03/20	150,00	INP : P9H1H1589 Dr. ZGUENDI Abderrahmane Service des Urgences Sécurité sociale Marocain	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL AMANA Mme. Alami Sounnah Docteur en Pharmacie 13, Rue Jules Beauséjour Casablanca - Tél : 05 22 39 00 70	03/03/20	206,50

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

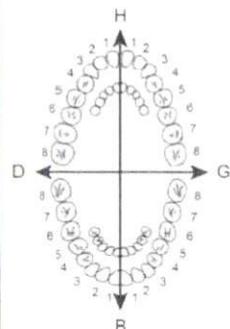
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

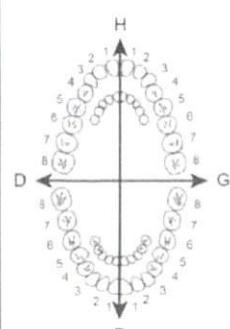
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



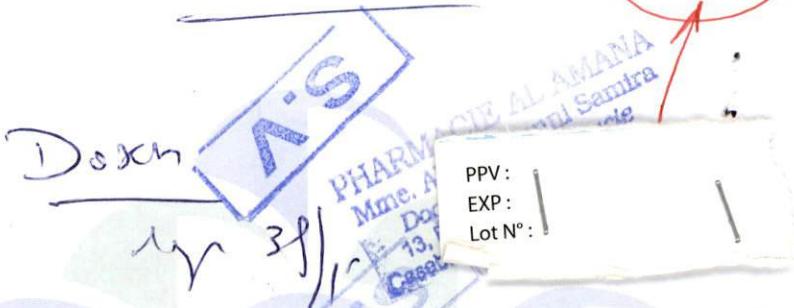
وصفة ORDONNANCE

Le 3/3/2020

ن. ABONIATIUS John

47,80

42,80



29,75 AZ 150

47,130

PPV: 79DH70
PER: 12/22
LOT: I2771



- APIXST 81,20

29,00
206,50

47,30

Dr. ZEIDDI ABBAS
Service des Urgences
Hôpital CHU Hassan II

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001572 E: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 865192	N° SEJOUR : 200017964	FACTURE N° 2005010230				DATE D'ENTREE : 03/03/2020		DATE DE SORTIE : 03/03/2020			
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ABOUTAYEB,Mohamed			
MALADE : ABOUTAYEB,Mohamed		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 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.	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
CONSULTATION DE GENERALISTE										

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX : 80.00									80.00
---	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS	PLAFOND PC :								ACOMPTE :	
	REMISE :	0.00	REGLE :						AVOIR :	
	RESTE DU:	80.00								

DATE FACTURE : 03/03/2020	EDITEE LE : 03/03/2020	PAR: MOURAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
---------------------------	------------------------	-------------	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--

VISA			N° DE POLICE :						DATE AT :	
			Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef						
			BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
			N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31						

