

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

13659

Matricule : 11413 Société : RAM

Nom & Prénom : Zouinka Aliouel

Date de naissance : 05 Rue Lgharbi Elman Tifawt

Adresse : Mohammedia 02-05-1967

Tél. : 06 66 35 41 86 Total des frais engagés : 150,00 Dhs



Date de consultation : 23/02/2022

Nom et prénom du malade : Zouinka Aliouel Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

fracture néphrite

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
29/09/2022			450,00	

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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, 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
MONTANTS DES SOINS													
DEBUT D'EXECUTION													
FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES													
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H	G											
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D												
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>												
CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
MONTANTS DES SOINS													
DATE DU DEVIS													
DATE DE L'EXECUTION													



21

N° IPP : 298194	N° SEJOUR : 220019865	FACTURE N° 2202007760				DATE D'ENTREE : 22/09/2022		DATE DE SORTIE : 22/09/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ZOUINKA, Mohamed Saad		
MALADE : ZOUINKA, Mohamed Saad		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.	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M0600032 RAHMI AYOUB			TOTAUX :	150.00						150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS			PLAFOND PC :	POLYCLINIQUE des Entreprises et des Services					ACOMPTE:		
			REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR:		
			RESTE DU:	150.00							
DATE FACTURE : 22/09/2022 EDITEE LE : 22/09/2022 PAR: BOUKHA			ACCIDENT DE TRAVAIL								
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :							
			Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA							
			BANQUE :	BMCE-CENTRE D'AFFAIRES-MOHAMMEDIA							
			N° compte bancaire :	011.787.0000152100060443.40							



MOHAMMEDIA

CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION

Je soussigné Docteur en Médecine certifie avoir

Examiné le

24/09/2022

Mr. Zouhaira N° 8880

N° C.N.S.S.

[Redacted]

Qui présente frère n° 8881 Etat général
Cath. vivante

L'intéressé

est

doit être

hospitalisé

depuis

le

22/09/2022

au

[Redacted]

an vue

Durée prévisible du séjour

[Redacted]

Sauf complication



Ce présent certificat médical d admission est établi aux fins de prise en charge