

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

M22- 0012965

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 378 Société : ROYALE AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre : 152764

Nom & Prénom : RABAOUA HOST AFA

Date de naissance : 1973

Adresse : HAy ENNOU. dues N° 11 CASABLANCA

Tél. : 0662 89 0155 Total des frais engagés : 249,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/02/2023

Nom et prénom du malade : RABAOUA HOST AFA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : maladie Coccoïde

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : glissade à domicile

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : glissade à domicile

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 : 20/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : CP

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
12/02/23	CN		127,80 DH	Docteur Rafaï MEDECIN'URGENTISTE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/02/23	Z15	115,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE
Radiologie conventionnelle - Echographie - Doppler
COMPTE RENDU

DATE: 12/02/23

NOM & PRENOM : RABAOUA MOSTAFA
MEDCIN TRAITANT :
EXAMEN : RX HANCHE DT F/P

- Fracture trans -chanterienne droite non déplacée.

Dr. Ouafaa
Radiologue
TOUCHA
022.21.30.90-022.21.30.93
Bd. El Qods, Cité Inara-Casablanca-Tél.:022.21.30.90-022.21.30.93-Fax:022.50.48.06



N° IPP :	945792	N° SEJOUR :	230006511	FACTURE N° 2303002475				DATE D'ENTREE :	12/02/2023	DATE DE SORTIE :	12/02/2023	
ASSURE :								DESTINATAIRE :				
MALADE :	RABAOUA,Mostafa				UF:	5003 RADIOLOGIE	RABAOUA,Mostafa					
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
ACTES DE RADIOLOGIE		Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00	
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE												

Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO DE RADIOLOGUES (RADIOLOGIE)			TOTAUX :		150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS			REMISE :		0.00	REGLE :	150.00			AVOIR:	
			RESTE DU:		0.00						
DATE FACTURE : 12/02/2023			EDITEE LE : 12/02/2023		PAR: KAABAD	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
						N° DE POLICE :					
						DATE AT :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA					
						BANQUE : BMCE - INARA					
						N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91					





N° IPP :	945792	N° SEJOUR :	230006512	FACTURE N° 2305001897				DATE D'ENTREE :	12/02/2023	DATE DE SORTIE :	12/02/2023	
ASSURE :								DESTINATAIRE :				
MALADE :	RABAOUA,Mostafa				UF:	5002 URGENCES	RABAOUA,Mostafa					
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.		CN	1.00	120.00	120.00						0.00	120.00
FOURNITURES MEDICALES					7.80						0.00	7.80

Intervenant :	10262 DR RAFAI LATIFA (MEDECINE GENERALE)	TOTAUX :	127.80								127.80	
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :							ACOMPTE:		
CENT VINGT SEPT DHS ET QUATRE-VINGT CENTIMES			REMISE :	0.00	REGLE :	127.80				AVOIR:		
			RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE :	12/02/2023	EDITEE LE :	12/02/2023	PAR:	KAABAD	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>						
VISA					N° DE POLICE :		DATE AT :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA						
				BANQUE :		BMCE - INARA						
				N° compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91						

