

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3472

Société :

Abouso

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABDEL Abdellah

Date de naissance :

18/01/52

Adresse :

23, Rue Ibnou Hâmid - CSA - Maârif

Tél. :

0661311542

Total des frais engagés :

355,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

26/04/23

Nom et prénom du malade :

ABDEL Abdellah Age: 69

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Traumatique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 21/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Abdelhakim

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
26/04/22				Dr.SADEK A.DELLAIS Chirurgien orthopédiste Traumatologue
26/04/22				Dr.SADEK A.DELLAIS Chirurgien orthopédiste Traumatologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date Caisse Polyclinique	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la constatation de l'état de malade :

Adel Abdellahmadi

2) Renseignements cliniques sommaires :

Geste plastique

3) Traitement envisagé et actes :



Abstention de pubtox

K10

2) Durée prévisible du traitement :

A

Dr. SADEK ADO
Chirurgien ORTHOPÉDIQUE
ORTHOPÉDIE
Signature



مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ. NOTRE PRIORITÉ

ZIRAOUI

Pli à joindre à la D.E.P

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur :

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI
 Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



x

N° IPP : 766520	N° SEJOUR : 230016114	FACTURE N° 2302005356				DATE D'ENTREE : 26/04/2023		DATE DE SORTIE : 26/04/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ADEL,Abdelhamid		
MALADE : ADEL,Abdelhamid		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
ACTES COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M0200018 DR SADEK ABDELLATIF	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 : 26/04/2023	EDITEE LE : 26/04/2023	PAR: R8280	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE :						
			DATE AT :						
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI						
			BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA						
			N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54						





الضمان الاجتماعي
CNSS

Barcode: 0 9 0 0 0 1 5 5 3

N° IPP :	766520	N° SEJOUR :	230016139	FACTURE N° 2305005047				DATE D'ENTREE :	26/04/2023	DATE DE SORTIE :	26/04/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :	ADEL,Abdelhamid		
MALADE :	ADEL,Abdelhamid				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	
AUTRES ACTES COTES EN K Acte de Spécialité Médicale	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00	

Intervenant :	M0200018 DR SADEK ABDELLATIF		TOTAUX :	225.00						225.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
DEUX CENT VINGT CINQ DHS			REMISE :	0.00	REGLE :	225.00			AVOIR:	
DATE FACTURE :	26/04/2023	EDITEE LE :	26/04/2023	PAR:	R8174	RESTE DU:	0.00			
VISA			ACCIDENT DE TRAVAIL:							
		N° DE POLICE :								
		DATE AT :								
		Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI								
		BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA								
		N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54								

