

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.

N° W21-677209

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
9025

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KHAZIA

ADIL

Ram

175707

Date de naissance :

22/06/23

Adresse :

Lot yakour Rue 24 N°25 Hay Hassay

caiss

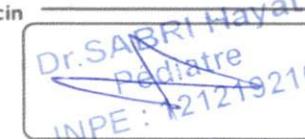
0662263203 Total des frais engagés :

405,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/09/2013

Age :

Nom et prénom du malade :

Dr. SABRI Hayat

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pharyngite + AST Géant + rhinoph

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 : 18/09/23

Signature de l'adhérent(e) :

Elmy

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
15/09/2023	*	6	150,-	INP : 11111111111111111111 Dr. SABRI HANAFI pediatre INPE : 1212121216

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE LE CREPUSCULE Rue 56 Lot. Hassania II N° 13 CASABLANCA . 05 22 90 00 47	15/08/2013	255,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

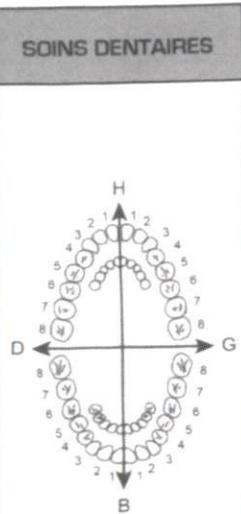
AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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'exploration.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>				H		D	25533412 21433552	00000000 00000000		B	00000000 00000000	35533411 11433553	
H													
D	25533412 21433552												
00000000 00000000													
B	00000000 00000000												
35533411 11433553													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISAGE ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

LEICA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة ORDONNANCE

PHARMACIE LE CREPUSCULE
Rue 56 Lot. Hassania II N° 13
CASABLANCA
TÉL. 05 22 90 00 47
FAX. 05 22 90 00 47

le 15/09/2023

Dr. Smail Khefichi

73700

1) Aziat 500

79,70
PPV 79DH70
PER 05/26
LOT

2) 1 cplj polt

79,70
PPV 79DH70
PER 05/26
LOT

2) Febrea sachet

PHARMED
LOT : 4328
UT.AV: 05-26
PPV:21DH00

10,30 1 Sachet x 31

PPV:10DH30
PER:05/26
LOT:M1811

3) Dolipen

1 Sachet 16h 733,80
ou CP

S.V.

4) Sédation lot

285,70 1 app x 21 j. SAR
INPE

SD34 1225
LOT PER

Prix 65,00



N° IPP :	790850	N° SEJOUR :	230029337	FACTURE N° 2305010293				DATE D'ENTREE :	15/09/2023	DATE DE SORTIE :	15/09/2023	
ASSURE :								DESTINATAIRE :				
MALADE :	ISMAIL, Khalidi				UF:	5002 URGENCES	ISMAIL, Khalidi					
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												
CONSULTATION DE SPECIALISTE			Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M0400005 DR SABRI HAYAT				TOTALS :		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 : 15/09/2023				EDITEE LE : 15/09/2023		PAR: ELKERB	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA							N° DE POLICE :					
							DATE AT :					
							Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT			
							BANQUE :		BMCE - YAACOUB ELMANSOUR			
							N° compte bancaire :		011 780 0000 71 210 00 60070 49			