

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 canalaire, 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 canalaire.

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 : 2005

Société :

R.A.M

ND
21/7

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AGOUMA EL MOSTAFA 186

Date de naissance : 11 mars 1951

Adresse : Halituelle

Tél. : 06 66 96 22 76 Total des frais engagés : 157,05 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :

27/07/2013
MUPRAS
ACCUEIL S.A.

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-056192

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
04/02/2015	Consultation		150,00	Dr. KHATIB MEDECIN GENERAL VACANTIER HCP 1070252 CNSS POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

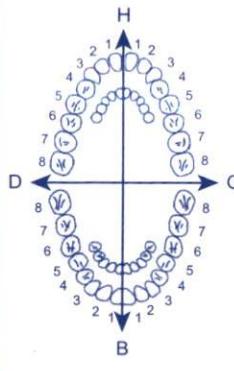
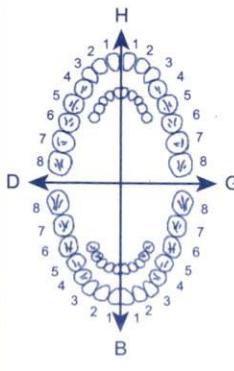
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
		35533411		11433553
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

[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

Nom et prénom de l'assuré (e) :

Numéro d'immatriculation:

1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.

Nom et prénom du bénéficiaire (ouvre que

assuré(e)) : _____
Date de naissance du bénéficiaire :

1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à battreTM:

Dr. KHATIB NABIL
 MEDECIN GENERALISTE
 VACATAIRE



INPE: 021076252

CNSS INPE: 021076252
 POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

Date de la consultation : 10/11/2012

Diagnostic et motif des soins :

Cise l'œil

Antécédents et facteurs de risque :

Caractère clinique à l'admission :

Résultats des bilans para-cliniques :

Bellâche et nature des soins :

Cat A.M.C

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
1.1.1.1.1.1.1.1.1.1	1.1.1.1.1.1.1.1.1	1.1.1.1.1.1.1.1.1

Réf. à :

le : 10/11/2012
 Signature et cachet du médecin traitant

DR. KHATIB NABIL
 MEDECIN GENERALISTE
 VACATAIRE
 INPE: 021076252
 POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

L'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que la carte à barres.

Adresse QG :

Fax :

Tél. :



N° IPP : 267498	N° SEJOUR : 230033591	FACTURE N° 2305010327				DATE D'ENTREE : 04/12/2023	DATE DE SORTIE : 04/12/2023			
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : AGOUMI,Aymene		UF: 5002 URGENCES				AGOUMI,Aymene				
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. : 07.05.77.42.89								
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 GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				4.18					0.00	4.18
FOURNITURES MEDICALES				32.87					0.00	32.87

Intervenant : M1300036 DR. KHATIB NABIL (GENERALISTE)	TOTAUX :	157.05								157.05
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE SEPT DHS ET CINQ CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :						AVOIR:	
	RESTE DU:	157.05								
DATE FACTURE : 04/12/2023	EDITEE LE : 04/12/2023	PAR: HALIMA	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
VISA			<u>N° DE POLICE :</u>							
			<u>Règlement à effectuer à l'ordre de :</u>							
			<u>BANQUE :</u>							
			<u>N° compte bancaire :</u>							
			DATE AT :							
			POLYCLINIQUE CNSS - MARRAKECH							
			BMCE - MARRAKECH MENARA							
			011 450 0000 12 210 00 60620 67							