

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 : 11072 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DAHMANI MOHAMED 15/07/1978

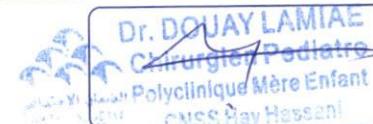
Date de naissance : 29/07/1978

Adresse : 196 BD Laayoune CASABLANCA

Tél. : 0687865048 Total des frais engagés : 0.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/01/2024

Nom et prénom du malade : Dahmane Ahmed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Traumatisme de l'index dr

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : H

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 26 JAN 2024

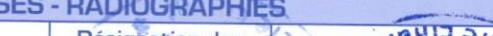
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 26/01/2024

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
12/01/2024	Acte 12345	Coef 1.50	150.00	          
				          
				          
				          

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	
	12/01/2024	715	 

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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)													
					Coefficient des travaux												
					Montants des soins												
					Début d'exécution												
					Fin d'exécution												
O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">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															
		Coefficient des travaux Montants des soins Date du devis Date de l'exécution															
		[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																	



N° IPP : 804434 N° SEJOUR : 240002184

FACTURE N° 2405001236

DATE D'ENTREE : 12/01/2024 DATE DE SORTIE : 12/01/2024

ASSURE :

MALADE : DAHMANI,Ahmed

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

DAHMANI,Ahmed

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 : 10710 DR. DOUAY LAMIAE	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 : 12/01/2024	EDITEE LE : 12/01/2024	PAR: HANOUD	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA	N° DE POLICE :								DATE AT :	
	Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S								
	BANQUE :	BMCE - YAACOUB ELMANSOUR								
	N° compte bancaire :	011 780 0000 71 210 00 60070 49								



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

MEDECIN DEMANDEUR
DR :

Nom : DAHMANI
Prénom : AHMED
DATE : 13/01/2024

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE DE L'INDEX DT F/P

RESULTATS

Absence de fracture osseuse nettement visible.

DR.M.ZERHOUNI
MEDECIN RADIOLOGUE
CNSS HASSANI





BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

Dahmane Ahmed

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Age : 27 mois

Tr de l'index d'h

Le 12/01/2024

Examen demandé

Ré de l'index d'h
F+L

C
Le médecin traitant

Z = T101

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24 x 30	36 x 43	35 x 35		18 x 24	
30 x 40	35 x 35	13 x 18		15 x 40	

Biffer les mentions inutiles

Total clichés =

Total posés =



BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE Dahmani Ahmed

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Age : 27 mois

Tr de l'index dth

Le 11/01/2024

Examen demandé

Rx de l'index dth

F + L

Dr. DOUAY LAMIAE
Chirurgien Pédiatre
Le médecin traitant
Polyclinique Mère-Enfant
CNSS Hay Hassani

Z = T101	PC =	K =	URGENT	RAPIDE	NON URGENT
----------	------	-----	--------	--------	------------

24 x 30		36 x 43		35 x 35		18 x 24	
30 x 40		35 x 35		13 x 18		15 x 40	

Biffer les mentions inutiles

Total clichés =

Total posés =



N° IPP : 804434	N° SEJOUR : 240002170	FACTURE N° 2403000477				DATE D'ENTREE : 12/01/2024		DATE DE SORTIE : 12/01/2024		
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : DAHMANI,Ahmed		UF: 5003 RADIOLOGIE				DAHMANI,Ahmed				
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 DE RADIOLOGIE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO .		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 : 12/01/2024		EDITEE LE : 12/01/2024		PAR: HANOUD		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :					
						DATE AT :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de :			POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S		
						BANQUE :			BMCE - YAACOUB ELMANSOUR		
						N° compte bancaire :			011 780 0000 71 210 00 60070 49		

