

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7211	Société : RAM	(391e85)	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Zohra SKAIKRA			
Date de naissance :			
Adresse : Résidence AL FAISRE			
Tél. : 05 22 73 77 41 Total des frais engagés : Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. AZAGUI YASSINE Spécialiste en Chirurgie Traumatologique et Orthopédique			
Date de consultation : 08/08/2019			
Nom et prénom du malade : Zohra SKAIKRA Age : 20 Ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Cryptite MP			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : CASA			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/08/2019

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
24/08/2020	Dr AZAGUI Yassine Spécialiste en Chirurgie Traumatologique et Orthopédique	1,00	100,00	INP : [REDACTED] Dr AZAGUI Yassine Spécialiste en Chirurgie Traumatologique et Orthopédique

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	24/08/2020	623,85

ANALYSES - RADIGRAPHIES

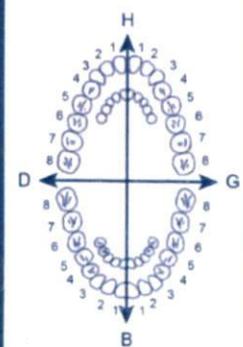
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

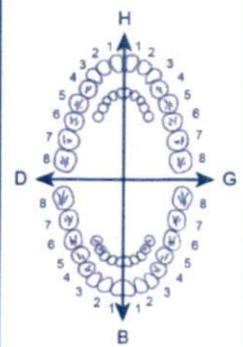
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



سيدي البرنوصي
Sidi Bernoussi

و م ف ح ORDONNANCE

Dr. AZAGUI Yassine
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique

le

24/12/2012

PPV: 132DH00
PER: 01-22
LOT: J008

132,00

1) Mexidol 200 mg x 31 f

PPV: 132DH00
PER: 01-22
LOT: J008

69,80

2) flagyl 200 mg x 10

FLAGYL 500 mg
CP PEL 820
P.P.V : 49DH80
V202 11/934
00361-101
6 118000 060062

112,00

3) gentoje 160 mg x 10

198,00

ximic J

15 dh

4) Naceptel Cray.
rappe x 2 f

LOT 400
EXP 11/22
PPV 112DH00

Dr. AZAGUI Yassine
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.

Fax : 05.22.73.15.72

623,80

PVC: 198,00 DH

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

HAY EL-QODS

20600 CASABLANCA

Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72

INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 539773	N° SEJOUR : 200026873	FACTURE N° 2002011551				DATE D'ENTREE : 24/08/2020		DATE DE SORTIE : 24/08/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		SKAIKRA,Zohra		
MALADE : SKAIKRA,Zohra		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
CONSULTATION DE MEDECIN										
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 100097 DR. AZAGUI YASSINE	TOTAUX : 150.00								150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
	REMISE : 0.00	REGLE :						AVOIR :	
	RESTE DU: 150.00								
DATE FACTURE : 24/08/2020	EDITEE LE : 24/08/2020	PAR: MOUJAH	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE : DATE AT :						
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI						
			BANQUE : BMCE - BERNOUSSI						
			N° compte bancaire : 01178000049210006006888						