

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 type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	10561	Société :	39761
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	EAISSON
Nom & Prénom : El Aïssi			
Date de naissance : 17-03-64			
Adresse :			
Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 696 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : LAALAOUI			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Comptoir	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : ACCI			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : SEPTembre			
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 : Signature de l'adhérent : Le : / /

Signature de l'agent de la mutuelle : / /

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
11/10/2008	C	100		INP : 11111111 Dr. Meierle C. M. Né... CLASSE URGENCES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR. MEIERLE C. M. NÉ...</i>	11-08-2008	318,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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.

DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
O.F. COEFFICIENT DES TRAVAUX	
PROTHESES DENTAIRES	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
B	
[Création, remont, adjonction]	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	



الضمان الاجتماعي
CNSS
Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



Mère - Enfant
Hay Hassani

11/08/20

رقم - 02 A5800 Mi

UTROGESTAN 200 mg.



15 CAPSULES

P.P.V. : 95DH00

Distribué par Promopharm S.A.

900102

UTROGESTAN 200 mg.



15 CAPSULES

P.P.V. : 95DH00

Distribué par Promopharm S.A.

900102

95.00 x 2

2/ utrogestan 400

41,70

2/ profen 60

82,00

2/ Kelving 50

318,00

41,70

ANT
LOT: 200123
DLUO: 03/2023
97,00DH
Laboratoires Deva Phar
J.OUAIDI Pharmacie Re



N° IPP :	681979	N° SEJOUR :	200016931	FACTURE N° 2005006551				DATE D'ENTREE :	11/08/2020	DATE DE SORTIE :	11/08/2020
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	UF: 5002 URGENCES				EL AIBOUDI,Imane						
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	

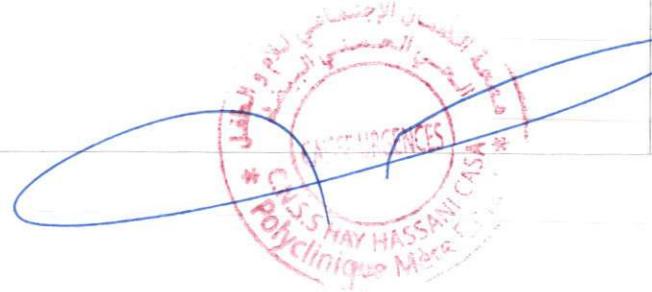
Intervenant :	138042 DR. LAALIAOUI MOSTAPHA	TOTAUX :	150.00							150.00
---------------	-------------------------------	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:
---	--------------	--	--	--	--	--	--	--	----------

CENT CINQUANTE DHS	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00					AVOIR:
--------------------	----------	------	---------	--------	--	--	--	--	--------

DATE FACTURE : 11/08/2020	EDITEE LE : 11/08/2020	PAR: OUKHAL	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