

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-428818

N° = 16534

e A

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7337

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Bouhaddiou Abdenahmane

12/03/68

Date de naissance :

Adresse :

Habituelle
Tél. : 066 1052 138 Total des frais engagés : 262,90

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/10/19, 2020

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

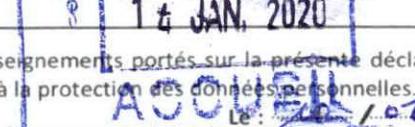
Enfant

Nature de la maladie :

Douleur abdоминальна

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.



J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16 JAN 2020

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 |
|-----------------|----------------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/01/2020 | Création de la prothèse dentaire | 119,50 | | INP : 02M77934 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE DE CASABLANCA ZEKRI Abdellah Docteur en Pharmacie 222, Bd Queen Molouya Casablanca Tel: 02 22 92 00 00 | 12/01/2020 | 72,50 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

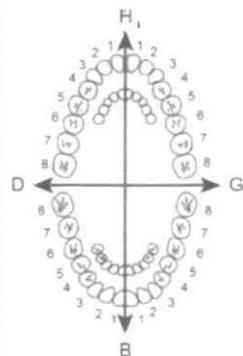
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

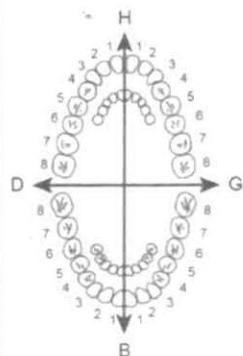
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

| |
|--|
| |
|--|

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

وصفة ORDONNANCE

3515

le 10/11/2023

bon les additifs n°1



40 mg
(1)

Neofortan 40 mg



3.



72.50
(2)

140
Flagyl 4%

FLAGYL 4%
SUSP BUV FL 120 ML
PER... 01/06/2021
P.P.V : 32DH90
6 118000 060390

3. i

100

PHARMACIE DE LA WILAYA
ZEHRTI Abdellatif
Dokteur en Pharmacie
222, rue Oued Boulaouia, El Oulef
Casablanca, Tel: 36 22 80 47 12

POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S

Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI

20200 CASABLANCA

Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71

INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 627744 N° SEJOUR : 200001258

ASSURE :

MALADE : BOUHADDIOUI, Mohamed

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

FACTURE
05000624

UF: 5002 URGEN

N° IMMAT C.N.S.S :

DATE D'ENTREE :
DESTINATAIRE

10/01/2020

DATE DE SORTIE :

10/01/2020

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

| NATURE DE PRESTATION | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | ANT | |
|--|---------------|------------------|------------------|--------|----------------|---------|----------------|---------|------|--------|
| | | | | | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | | |
| CONSULTATION DE MEDECIN | CsN | 1.00 | 190.00 | 190.00 | | | | | 0.00 | 190.00 |
| CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F | | | | | | | | | | |

Intervenant : 470088 DR FARES MOHAMED EL MEHD

TOTALS :

190.00

190.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGT DIX DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE :

REMISE : 0.00 REGLE :

AVOIR :

RESTE DU : 190.00

DATE FACTURE : 10/01/2020

EDITEE LE : 10/01/2020

PAR : HAYAT

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S

VISA

BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR

N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49