

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

adiologie 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.

éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

N° P19- 0044025

105 91005

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2093

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : AKKA

Date de naissance : 1951

Adresse : Cité AFRICINE Rue 3 N° 20 CASA

Tél. 06 77 43 38 05

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hassant Lamia
PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE
Polyclinique - CNSS Inactif
Casablanca

Date de consultation : 07/02/2020

Nom et prénom du malade : N° 2 AKKA Aurophore Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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 : CASA

Le : 07/02/2020

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 Recouvrement des Actes
7/21/2020	Actes	co	150	DR. Hassan Lamine NÉUROLOGUE ALLERGOCRINE POLYCLINIQUE CASABLANCA DENTISTE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ATTIOUI Dab El Khay, Rue 1, N° 6 Ann Chock Casablanca - Tel. 05 22 59 08 42	07/02/2020	259,10

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

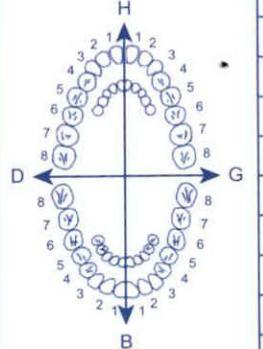
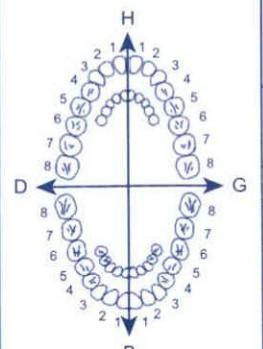
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
MONTANTS DES SOINS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins
	D	00000000	00000000	
	G	00000000	00000000	
DATE DU DEVIS	H	21433552	11433553	
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT: 191437
PER: 09-24
PPV: 95,00 DH

مصحة
POLYCLINIQUE



وو
CE

tel: 03 70 08 08
CNSS
Le devoir de vous protéger

الإنارة II
INARA II

le 07/02/2020



1/ Effadi 1000
34,00 1 kg

2/ S-cit 240
390 1 kg 100
53,00 1 kg 200

3/ Dernyl 1 kg
16,00

4/ Multivitamine Biofector 1 kg
16,00

25,00 ANS

Dr. Has

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok
Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13

LOT N°: 3470
UT. AV:
PPV (DH):

6
15

15
15

Lot N° / A consommer de préférence avant fin :

BIOFAR 12 vitamines 12 Minéraux CP date 20 82/1

PPC : 76,00 DH
Ut Av : 07/2022 Lot : 9182/1
-2022

IPHADERM

3 760049 895186

Poids net : 90g
Net weight: 90g
 الوزن الصافي: 90g





090001520

N° IPP :	106052	N° SEJOUR :	200006501	FACTURE N° 2002003040				DATE D'ENTREE :	07/02/2020	DATE DE SORTIE :	07/02/2020	
ASSURE :								DESTINATAIRE :	AKKA, Mustapha			
MALADE :	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 :	46196 DR HASSANI LAMIA	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 :	07/02/2020	EDITEE LE :	07/02/2020	PAR :	BOUNAS	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA					N° DE POLICE :	DATE AT :						
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA						
				BANQUE :		BMCE - INARA						
				N° compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91						

