

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.

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 canalaire, 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 canalaire.

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14451

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Layachi Benissa

Date de naissance : 28/10/1961

Adresse : Quartier EL Qods Aïchense ALFAJR

..... I.M.M K. N°: 10 E Bernoussi casa

Tél. : 06 84 23 12 72 Total des frais engagés : 2.19,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/02/2020

Nom et prénom du malade : Layachi Zineb Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pharyngite + sd grippal

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.

24 FEV 2020

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 24/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
23/02/19	AN	1	300.00	Maia EDDAHAR Médecine Générale 5 Avenue Impr 1 21000 CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Amadou PEDDAN EL KHEIR Dr. Dounia KOUKAB C.H. Ferhat es-Séïd - Kheir Km 13 Route de la Goulette N° 1 de Sétif Sétif - Algérie	22/02/2023	99,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

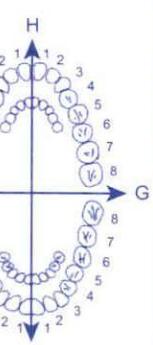
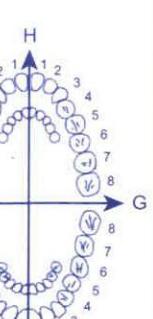
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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'ORL.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



N° IPP : 527290	N° SEJOUR : 200007475	FACTURE N° 2005001913				DATE D'ENTREE : 23/02/2020	DATE DE SORTIE : 23/02/2020			
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : LAYACHI,Zineb		UF: 5002 URGENCES				LAYACHI,Zineb				
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 GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 100006 DR. EDDAHAR ASMAA			TOTAUX :	120.00						120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
CENT VINGT DHS			REMISE :	0.00	REGLE :	120.00			AVOIR:	
			RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 23/02/2020 EDITEE LE : 23/02/2020 PAR: FAZAZI			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 : 011780000049210006006888							



وصفة ORDONNANCE

Casablanca, le 22/02/20

LAYA CHI Zinel

79,70

79,70

PPV	79DH70
PER	08/22
LOT	12151



PPV:20DH00
PER:08/22
LOT:1863

→ Azix ap 500g

20.000 ap 1j pdt 03j

→ Doli gri pp = Sachet adulte
1 sachet ≈ 3 kg



99,70

Asmaa EDDAHAR
Médecine Générale
Dr. Dahnoun YOUSSEF
G.H. Fouad
Route de Rabat, Km 13
Essalam, Casablanca
Oulea-CAS

Dr. Dahnoun YOUSSEF
G.H. Fouad
Route de Rabat, Km 13
Essalam, Casablanca
Oulea-CAS