

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.

N° W19-521216

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 22430			
Matricule : 9539		Société : RAT	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BAHLOUL YAHYA			
Date de naissance : 02/12/69			
Adresse : 40, Rue Nablous ΓΑΑΡΙF CASA			
Tél. : 0663444639		Total des frais engagés : 130 + 272,60 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 09/02/20			
Nom et prénom du malade : BAHLOUL IMPAN YAHYA Age : 58 mois			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Angine			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS			
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** Date : **10/02/2020**
Signature de l'adhérent(e) : **22430**

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
02/01/2018	Consultation	10000		INP : 091158440

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. TIR ABDELAZIZ pour M. Mithani May Nassar tél: 0522902107	10/02/2020	972.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

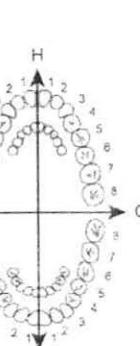
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 															
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D		00000000	35533411		11433553	B	G		MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
D		00000000																	
35533411		11433553																	
B	G																		
[Création, remont, adjonction]																			
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
DEBUT D'EXECUTION																			
FIN D'EXECUTION																			
COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
MONTANTS DES SOINS																			
DATE DU DEVIS																			
DATE DE L'EXECUTION																			

N° IPP :	670322	N° SEJOUR :	200004584	FACTURE N° 2005002073			DATE D'ENTREE :	08/02/2020	DATE DE SORTIE :	08/02/2020
ASSURE :							DESTINATAIRE :			
MALADE :	BAHLOUL,Imran			UF:	5002 URGENCES	BAHLOUL,Imran				
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 SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F	CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00

Intervenant : 470108 DR KHAYRAT MYRIAM	TOTAUX :	190.00							190.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE :		
CENT QUATRE-VINGT DIX DHS	REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR :		
	RESTE DU:	190.00								
DATE FACTURE : 08/02/2020	EDITEE LE : 08/02/2020	PAR: HAYAT	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						
			M° compte bancaire :	011 780 0000 71 210 00 60070 49						

وصفة ORDONNANCE

Mère - Enfant
Hay Hassani



08/02/2020

J mère

79,90 x 2

1). Aug

SV

HARMACHIT 500
DE TIR A PELLECLINIC
58, RUE MIMOUNI
Plazza
0522902160
Hay Hassani
Casa

dz

2000 U.CEIP/ml

40,00

40,00

2). Brûlures

sin

12,80

Acet x 310 ml

6 118001 081653

3). Doliprane 300 mg

60,00

60,00
= 972,60.

4). Endo

PY 12 DH 8
ER 07/2021
12,00

Dr. KHAYRAT Myriam
Pédiatre
Centre Bouskoura, App. N° 4
Résidence Rachidi - tel: 0522 01 284