

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 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 :

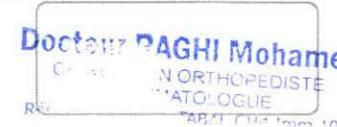
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 22771	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8912	Société :	R.A.M
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHARIFI DRISS			
Date de naissance : 24.03.1971			
Adresse : Route adhésion			
Tél. : 06724730200		Total des frais engagés : 350,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : CHARIFI DRISS Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Fr. Dombi Tonk			
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.			
25 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 : **ACCUEIL SIEGE RAM** le : **12/02/2020**
Signature de l'adhérent(e)

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cache et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/12/2022			6,00	Cache et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PARAPALM Parapharmacie-Esthétique 18, Bd. Oum Rabii - Q. Marjore CASABLANCA - Tel: 0522.93.51.95	21/02/2020 Docteur RACHID MOHAMED Chirurgien-Dentiste	1000,00

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

AT

N° IPP : 1115987	N° SEJOUR : 200012224	FACTURE N° 2002003597				DATE D'ENTREE : 12/02/2020		DATE DE SORTIE : 12/02/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		CHRIFI,Driss		
MALADE : CHRIFI,Driss		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.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE										

Intervenant : 03122007 DR RAGHI MOHAMED (TRAUMATOLOGUE)	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
			REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
			RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 12/02/2020	EDITEE LE : 12/02/2020	PAR: AZEDIN	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>						
VISA			<u>N° DE POLICE :</u> DATE AT :						
		Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef							
		BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA							
		N° compte bancaire: 011 780 0000 70 210 00 60 028 31							



PARAPALM

Facture N°

Date _____

Client: M^{me} CHRIFFI DRISS

Total H.T.	166,66
TVA	33,34
Total T.T.C	200,00

Angle Bd Oum Rabii et rue N°12, Résidence Souad en face Service des Mines, Hay Hassani,
Quartier Mazola - Casablanca -Tél.: 05 22 93 57 95
R.C.: 389938 - P atente: 35020373 - I.F.: 51303949 - C.N.S.S: 8663727

شهادة طبية
CERTIFICAT
MEDICAL



Casablanca, le

12/12/20

الدار البيضاء، في:

Je Soussigné, Docteur en Médecine, certifie que

l'état de santé de M.

CHRLH. DR KH

adresse :

Docteur RAGHI Mohamed
N° CNSS : 1234567890
ORTHOPÉDISTE

MUTUELLE

1° nécessite un traitement avec arrêt de travail

de jours, sauf complications.

du au

2° nécessite une prolongation d'arrêt de travail

de jours, sauf complications.

du au

3° lui permet de reprendre son travail à dater

du

4° nécessite l'admission d'urgence

ou

nécessite le transport d'urgence en ambulance
à l'hôpital

.....
.....
.....
.....

Docteur RAGHI Mohamed
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
ORTHOPÉDIE

Signature :