

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ▪ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ▪ 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° W19-539200

54244

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 08769 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : EX-AGENT

Nom & Prénom : BAKHOUCH ABDESLAM

Date de naissance : 21-07-1966

Adresse : 54 Lotissement ECQODS SETTAT 26000

Tél. : 06.61.11.24.70 Total des frais engagés : 150,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BAKHOUCH XAOFAL Age: 22

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Bakhouch Xaofal 11y. Céph. AGC/EL

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 : Le : 13/10/2020

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 Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13.10.2006 | | | | INP : [REDACTED] DR LABSAIL Nourredine Traumatologue Chirurgien orthopédiste |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particier | 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [REDACTED] |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|------------------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [REDACTED] |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [REDACTED] |
| | | | | FIN D'EXECUTION [REDACTED] |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [REDACTED] |
| | | | | DATE DU DEVIS [REDACTED] |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION [REDACTED] |

ODF PROTHESES DENTAIRES

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT
CHARII AL MASSIRA 26000 SETTAT

Tél 0523-40-12-33/40-35-34 Fax: 0523-40-22-61

RDV: 0523-72-02-64 Urgences : 0523-40-60-55

CINPE: 060001492 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



060001492

Le devoir de vous protéger

N° IPP : 240927 N° SEJOUR : 290020117

FACTURE N° 2002006926

ASSURE :

MALADE : BAKHOUCH,Naoufal

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1:

REF. PC 2:

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DATE D'ENTREE : 13/10/2020

DATE DE SORTIE : 13/10/2020

DESTINATAIRE :

BAKHOUCH,Naoufal

NATURE DE PRESTATION

LETTRE NOMBRE PRIX TOTAL

TIERS PAYANT 1

TIERS PAYANT 2

PART DU MALADE

CLE x COEF

UNITAIRE

% / Dh

MONTANT

% / Dh

MONTANT

% / Dh

MONTANT

ACTES COTES EN C

CONSULTATION DE SPECIALISTE

Cs

1.00

150.00

150.00

0.00

150.00

Intervenant : 08160 DR. LABSALI NOUREDDINE, ORTHOPEDISTE

TOTAUX :

150.00

150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE:

AVOIR:

RESTE DU: 150.00

DATE FACTURE : 13/10/2020

EDITEE LE : 13/10/2020

PAR : GUETAB

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

N° DE POLICE :

DATE AT :

DATE AT :



Règlement à effectuer à l'ordre de :

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT

BANQUE SETTAT

N° compte bancaire : 0011 610 000001 2100060382 89