

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08830

Société : RAI

G1816

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAJAN HABIBA

Date de naissance : 01/07/1951

Adresse : HAF 52 DSDS

Tél. : 0696 599150

Total des frais engagés:

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/03/2021

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

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 : AGA

Le : 03/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : AGA

113 MARS 2021

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
18/02/21	C		1680	Docteur Tijani Taktak Spécialiste en Médecine Dentaire Assurance maladie N° : 123456789 Tél : 0522 24 99 6555 / 0522 24 99 6555 Email : tijani-taktak@hotmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourniéisseur

Date

Montant de la Facture

18/02/21

75,60

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

AM	PC	IM	IV
----	----	----	----

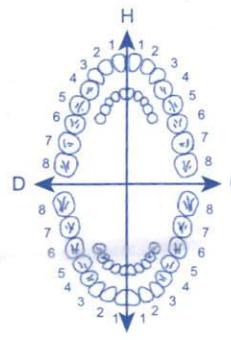
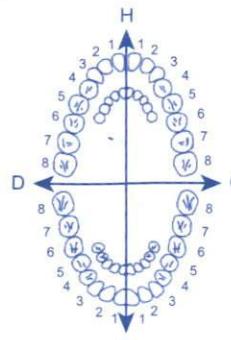
Montant détaillé des Honoraires

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.

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 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	
	D	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS
	G	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		DATE DU DEVIS		
		DATE DE L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة
ORDONNANCE

Che Le 18/02/2021

Mme Kharbouch

22.80

Sandrine

22.80



1/ Corde à l'arc 53

58.80 1/1

8/ Aedy 20-7

1/1

75.60

LOT 191742
EXP 07/2022
PPV 52.80DH



زنقة الضمان - درب غلف - الellar البيضاء - الهاتف 05 22 86 42 05 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 30 20
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 42 05 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

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

N° IPP : 1198062	N° SEJOUR : 210013157	FACTURE N° 2102003448			DATE D'ENTREE : 18/02/2021		DATE DE SORTIE : 18/02/2021			
ASSURE :					DESTINATAIRE :		KHBARBOUCH,Samira			
MALADE : KHBARBOUCH,Samira		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

Intervenant : 26082019 DR TAK TAK MOHAMED TIJANI INTERNISTE	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :
				RESTE DU:	0.00				
DATE FACTURE : 18/02/2021	EDITEE LE : 18/02/2021	PAR: ZBIRY	ACCIDENT DE TRAVAIL						
VISA				N° DE POLICE :					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						