

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-626185

97997

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10648 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : H. BATTARON Houda

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066142620 Total des frais engagés : 150DC + 150 Radios + 60 Kioska

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. LARAKI HOUSSEINE BOUCHRA
Chirurgien Pédiatre
Clinique Mère - Enfant CNSS Hay Hassani

Date de consultation : 08/12/2021

Nom et prénom du malade : SAAD KUI Jannat Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : luxation 3e doigt Gauche

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 : Casa

Le : 1 Dec 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
08/12/2021	C		150,-

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

INP

Dr. LAHASSANI

Chirurgien Pédiatre

Polyclinique Mère-Enfant CNSS Hay Hassani

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

08/12/2021

150 DVA

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

P.C

IM

IV

09/12/21

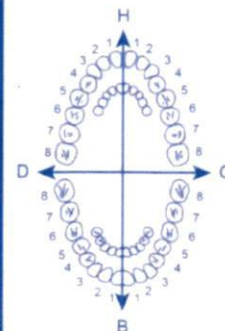
2

1

150,-

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

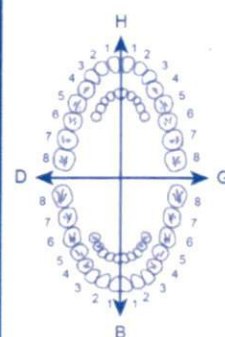


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
		B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S

Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI

20200 CASABLANCA

Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71

INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 720283	N° SEJOUR : 210031338	FACTURE N° 2102008863		DATE D'ENTREE : 08/12/2021		DATE DE SORTIE : 08/12/2021				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : SAADAOU, Jannat		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		SAADAOU, Jannat						
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 DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 470024 DR. LARAKI EL HOUSSAINI BOUCHRA	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
CENT CINQUANTE DHS		REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
		RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 08/12/2021	EDITEE LE : 08/12/2021	PAR: ELBERK	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				
		N° compte bancaire :		011 780 0000 71 210 00 60070 49				

POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S

Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI

20200 CASABLANCA

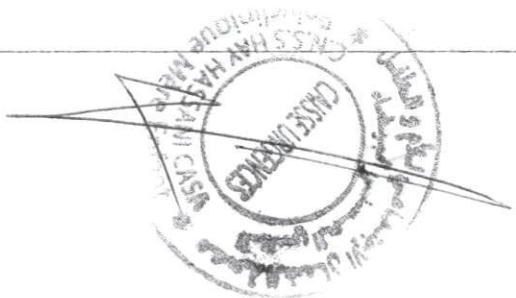
Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71

INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 720288	N° SEJOUR : 210031346	FACTURE N° 2103009042		DATE D'ENTREE : 08/08/12/2021		DATE DE SORTIE : 08/12/2021				
ASSURE :				DESTINATAIRE : SAADAOU,Janat						
MALADE : SAADAOU,Janat		UF: 5003 RADIOLOGIE								
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	LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO .	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 : 08/12/2021	EDITEE LE : 08/12/2021	PAR: OUKHAL	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		
			N° compte bancaire :			011 780 0000 71 210 00 60070 49		



POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S

Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI

20200 CASABLANCA

Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71

INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 720304	N° SEJOUR : 210031362	FACTURE N° 2105011028		DATE D'ENTREE : 08/12/2021	DATE DE SORTIE : 08/12/2021			
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES		DESTINATAIRE : SAADAOU, Jannat				
MALADE : SAADAOU, Jannat		N° IMMAT C.N.S.S :						
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :						
TIERS PAYANT 2 :								
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT	TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT	PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
FOURNITURES MEDICALES				59.95			0.00	59.95

Intervenant : 470024 DR. LARAKI EL HOUSSAINI BOUCHRA	TOTAUX :	59.95					59.95
Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQUANTE NEUF DHS ET QUATRE-VINGT QUINZE CENTIMES	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	59.95		AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 08/12/2021	EDITEE LE : 08/12/2021	PAR: OUKHAL	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			
		N° compte bancaire :		011 780 0000 71 210 00 60070 49			



وصفة
ORDONNANCE

T101

مصحة
POLYCLINIQUE



Mère - Enfant
Hay Hassani

Le 06/12/2021

Saadani Tancat

- NOUS



- Traumatisme de la main G.
De l'anneau du 3^e doigt

Rx de la main G.

Dr EL HANI Sanae
Pédiatre
INPE 131242737



وصفة

ORDONNANCE



Le 08/12/2021

SAADAEU Jannat

Difal cp ds mg

1cp x 3/j x 4 jours

au milieu des repas.

Puis 1cp /j x 4 Jours.

Dr. SAADAEU Jannat
Chirurgien Pédiatre
Polyclinique Mère-Enfant Hay Hassani
06632197