

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-626185

97997



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10678

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HABIBA S. HOUSSAINI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661412620

Total des frais engagés :

150 DC + 150 Radio + 60 Plastic

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08/12/2021

Nom et prénom du malade :

SAAD H. 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 : Casab.

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/12/2021



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
08/12/2021	C		150,-	INP : Dr. LARAHOUSSAINI Chirurgien Médecin Pédiatre Polyclinique Mère-Enfant CNS Hay Massani

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Reçue

ANALYSES - RADIGRAPHIES

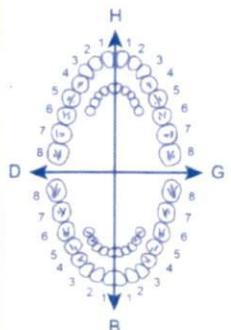
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service Radiologique	08/12/2021	ASO DNA	

AUXILIAIRES MEDICAUX

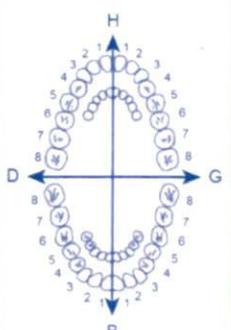
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Montant	Montant détaillé des Honoraires
		AM P.C. IM IV	
09/12/2021	CPM		

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	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	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

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



N° IPP :	720283	N° SEJOUR :	210031338	FACTURE N° 2102008863				DATE D'ENTREE :	08/12/2021	DATE DE SORTIE :	08/12/2021
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	SAADAOUI,Jannat				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											
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				<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
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							

N° IPP : 720288

N° SEJOUR : 210031346

FACTURE N° 2103009042

DATE D'ENTREE : 08/08/2021

DATE DE SORTIE : 08/12/2021

ASSURE :

MALADE : SAADAOUI,Janat

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

SAADAOUI,Janat

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
ACTES DE RADIOLOGIE										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO .

TOTALS :

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

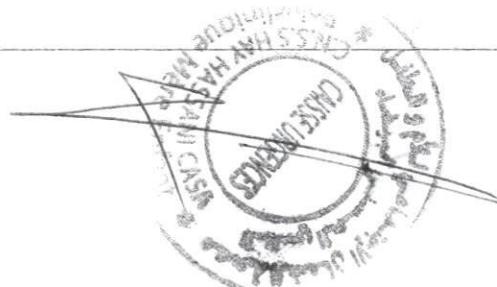
DATE AT :

N° DE POLICE :

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



N° IPP : 720304	FACTURE N° SEJOUR : 210031362		FACTURE N° 2105011028		DATE D'ENTREE : 08/12/2021		DATE DE SORTIE : 08/12/2021			
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : SAADAOUI,Jannat		UF: 5002 URGENCES				SAADAOUI,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
FOURNITURES MEDICALES				59.95					0.00	59.95

Intervenant : 470024 DR. LARAKI EL HOUSSAINI BOUCHRA	TOTALS :		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			DATE AT :								
		N° DE POLICE :									
		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

TM01

Le 06/12/2021



- 10ans

- Fracture de la main g.
de auv du 3^e doigt

Rx de la main g

Dr EL HANI Sanae
Pédiatre
INPE 1312 42737



وصفة

ORDONNANCE

Le 08/12/2021

SAADAAUI Jannat

Diatal cp 25 mg
1cp x 3lj x 4 JOURS
au milieu des repas.

Prise 1cp 1j x 4 JOURS.

W.M. Hassanien
Chirurgien Pédiatrique
Polyclinique Mère-Enfant
0524.32197