

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

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ue :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

adie 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

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.

115681

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7516 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HOUICINI HASSAN

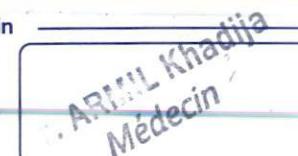
Date de naissance : 01.01.1962

Adresse : 64 Rue PROVINS ET 07 N° 13
Belvédère Casablanca

Tél. : 0612 64 94 64 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/04/2022

Nom et prénom du malade : EL HOUICINI HASSAN Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : hypertension + clé abd. +

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 : Casablanca

Le : 23/04/2022

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
23/04/22	K 10 2 F	258,26		ARMIL Khadidja Médecin
Caisse des Finances Polyclinique C25 Caisse des Finances Polyclinique C25				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YASSINE ICE : 001670310000034 19, RUE DE LILLE BELVEDERE CASABLANCA	23/04/2022	430,10

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilar

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G B	
				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'EX

le 23/4/2022

Dr. EL Houcini Hassan

199, 10^2

1) Daffan 500

$$28 \times 31$$

18 x 31: pdf

52,40

2) Srećka

$1 > \alpha \geq 3$

50° 3) 40° Hudson

3) Neurogyn
 16,00 1 & 31j
 4) Tibamorein
 Polyclinique CNSS Ziraoui- Adressé

SV

all go

122,30

122,70

LOT : M0665
PER : 11/2024
PPV : 50,40DH

LOT:2107/0
PER:05-2024
PPV:16/10DH

19,30) Titamorein suppo
1 suppo x 31 j



6) Kémid.

1 cp 1 j (Si phisika de la

10,1)

46,60

~~T = 430,10~~

LOT : 4455
PER : 11/23
PPV : 46,60 DH

ARMIL Khadija
Médecin

PHARMACIE YASSINE
ICE : 001670310000034
19, RUE DE LILLE BELVEDERE
CASABLANCA

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

NOM : EL Houcine Prénom : Hassan

1) Date de la constatation de l'état de malade :

23/04/2022

2) Renseignements cliniques sommaires :

Hémorragie p

Drs Abdess

3) Traitement envisagé et actes :

K 12

→ paracetamol

SACUPAN

SNO-spa



2) Durée prévisible du traitement :

A

LE

23/04/2022

Signature : ARHL Khadija

Médecin

Pli à joindre à la D.E.P

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur :

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI
 Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
 NPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 739716	N° SEJOUR : 220012671	FACTURE N° 2205004923				DATE D'ENTREE : 23/04/2022		DATE DE SORTIE : 23/04/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ELHOUCINI,Hassan		
MALADE : ELHOUCINI,Hassan		UF: 5002 URGENCES				N° IMMAT C.N.S.S :				
NOM JEUNE FILLE :										
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
AUTRES ACTES COTES EN K										
Acte de Spécialité Médicale	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES										
				23.41					0.00	23.41
FOURNITURES MEDICALES										
				9.85					0.00	9.85

Intervenant : M0200034 DR ARMIL KHADIJA	TOTAUX : 258.26						258.26	
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
DEUX CENT CINQUANTE HUIT DHS ET VINGT SIX CENTIMES	REMISE : 0.00	REGLE : 258.26					AVOIR :	
	RESTE DU: 0.00							
DATE FACTURE : 23/04/2022	EDITEE LE : 23/04/2022	PAR : R8280	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA	N° DE POLICE :					DATE AT :		
Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI					BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA			
N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54								

*Caisse des Urgences
Polyclinique CNSS Zirouï*