

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5516 Société : R.A.M (120005)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Azmanni Rajaâ Veuve HOUED EMOSTAFA

Date de naissance : 17-1968

Adresse : Rue cinquième Rue Rachiya 3^{er} étage 112 Bourgogne

Tél. : 0667799925

Total des frais engagés : 379,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/06/2022

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Abcès péri-Anal

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 : _____ / _____ / _____

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
10.06.22	K.S		179,70	Dr. Amina LAASRI Médecin Généraliste

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

	L'EXECUTION	

le 19/06/2022.

Houd Faisal.

89,80

① Codellipine 1 - P

118,70

② Amequiti 1 - P

59,70

1 P

③ Fucidine

PPV: 22DH20
PER: 05/24
LOT: L1679



PPV: 138,30
LOT: 648295
PER: 09/23

800,80 1 - P

Dr. Amina LAASRI
Médecin Généraliste

34
Boulevard Bourguignon
93 36 Casablanca
Mme Bouatra
05 22 94 22 03
05 22 94 36 23
05 22 94 36 23

Fucidine® 2%
Tube de 15 g
crème

10/16

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

NOM : Prénom :

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

1996/9/22

2) Renseignements cliniques sommaires :

Abcès perianal

3) Traitement envisagé et actes :

Kra AMi3

→ Me thy 120 mg

2) Durée prévisible du traitement :

A cas

LE

16/9/2022

Signature

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU

Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA

Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-9

INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : <i>743773</i>	N° SEJOUR : <i>220019527</i>	FACTURE N° 2205007389				DATE D'ENTREE : 19/06/2022		DATE DE SORTIE : 19/06/2022		
ASSURE : <i>HOUD,Faycal</i>						DESTINATAIRE : <i>HOUD,Faycal</i>				
MALADE : <i>HOUD,Faycal</i>		UF: 5002 URGENCES				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : <i>HOUD,Faycal</i>				
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. : <i>HOUD,Faycal</i>								
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. : <i>HOUD,Faycal</i>								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :									
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	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
Acte pratiqué par L'Infirmier(e)	AMI	3.00	7.50	22.50					0.00	22.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				41.10					0.00	41.10
FOURNITURES MEDICALES				3.60					0.00	3.60

Intervenant : M0200019 DR LAASRI AMINA	TOTAUX :	179.70						179.70
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
CENT SOIXANTE DIX-NEUF DHS ET SOIXANTE DIX CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :	179.70			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 19/06/2022	EDITEE LE : 19/06/2022	PAR: R8280	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
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				