

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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.

N° W21-617754

220676

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6419

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RASSID Saïd

Date de naissance : 16/08/1985

Adresse : 319 bt Hay fath casablanca

Tél. : 0521 566863

Total des frais engagés : 304,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/06/2019

Nom et prénom du malade : Abousaid IYANE Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : sd fibrilla

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 22/06/2019

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
17/06/2022 C			80,00	INF : 06172744694 Dr. AYACH Souleymane Medecin Generaliste Polyvalent - Etat

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL SAADA Dr. Latifa BOUDLAL 83, Rue Ain Louh Mabrouka SETTAT - Tél: 05 23 72 28 37	17.06.22	924,33

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux <input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	00000000	00000000													
	G	35533411	11433553													
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Date du devis <input type="text"/>												
				Date de l'exécution <input type="text"/>												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

وصفة

ORDONNANCE

Le : 17/06/2022

Mme ABousaid Inane

79.75x2

11 Arrix 500:

V.Si

15. g¹cp b¹ j + pris 1/2 cp d¹ j x 56

V.Si

81 Welpic 2

15.30x2¹cp x 31 j

PHARMACIE ESSAADA
Dr. Latifa BOUDLAL
82 Rue Ain Louh Mabrouka
SETTAT Tel: 06 23 72 28 37

31 V.tra c 1000 j

V.Si

18.30 1cp 1j pdt 1¹j

41 Cloroptic 2

224.30 1cp x 31 j

10 Dr. N. Soukaina
Medecin Généraliste
Polyclinique CNSS Settat

S

PPV: 79DH70
PER: 01/25
LOT: L111



PPV: 79DH70
PER: 01/25
LOT: L111



Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 11/2024
LOT 100615

PPV 15DH30
PER 02/25
LOT L743

PPV 18DH30
EXP 02/2025
LOT 1D0693

CLOPRAME®
Solution buvable

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT
CHARII AL MASSIRA 26000 SETTAT

Tél: 0523-40-12-33/40-35-34 Fax: 0523-40-22-61

RDV : 0523-72-02-64 Urgences : 0523-40-60-55

INPE: 060001492 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



Le devoir de vous protéger

060001492

N° IPP :	271968	N° SEJOUR :	220015793	FACTURE N° 2205004174				DATE D'ENTREE :		17/06/2022	DATE DE SORTIE :		17/06/2022	
ASSURE :								DESTINATAIRE :		ABOUSAID,Imane				
MALADE : ABOUSAID,Imane				UF: 5002 URGENCES				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		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
									% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES COTES EN C				C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00	

Intervenant : 10681 DR. AYACH SOUKAYNA, GENERALISTE				TOTaux :		80.00							80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS				PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
				REMISE :		0.00	REGLE :					AVOIR :	
				RESTE DU:		80.00							
DATE FACTURE : 17/06/2022		EDITEE LE : 17/06/2022		PAR: GUETAB		<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
VISA						<u>N° DE POLICE :</u>							
						DATE AT :							
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT							
						BANQUE : BMCE - SETTAT							
						N° compte bancaire : 011 610 000001 2100060382 89							

