

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° W21-659472

121710

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30625

Société : RAS

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FATH ELHASSAN

Date de naissance : 81/01/79

Adresse : Casab

Tél. : 0661223562

Total des frais engagés : 302,15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/05/22

Nom et prénom du malade : FATH ELHASSAN

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Dr Abdellah Ben Abdellah

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

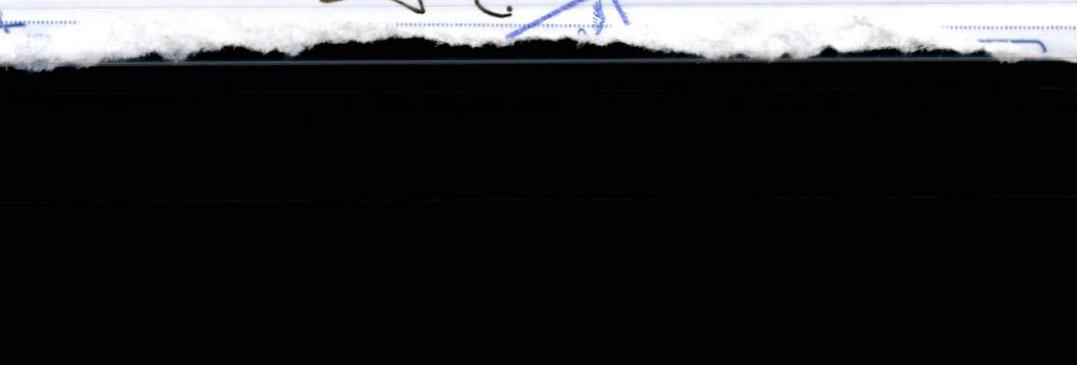
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) : Zay

Le : 25/05/22



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/08/92 | 199,15 | | | INP : 061468580 |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE SOCRATE | 25/08/92 | 112,90 |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

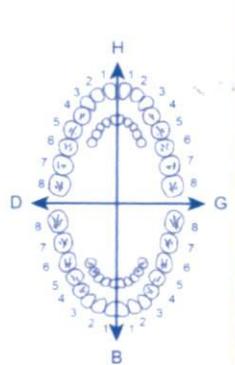
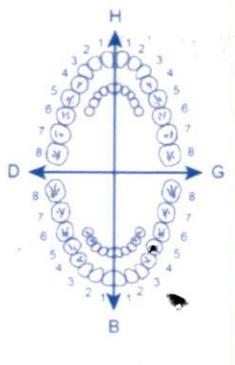
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|---|--|--|---|--|--|
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES 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></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | G | | | B | | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |



الضمان الاجتماعي
CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE

Dr. S. V. - CHAIB
Muntmar 2
Rue Hassan II
Marrakech
Le 25/05/2022

Le 25/05/2022



Mère - Enfant
Hay Hassani

Fath Iyad

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir benn al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
Cpr GR

20 mg
Boîte 14
640150MP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

82/15

(S.V.)

11- Inexium deng gel x

ngellis le ustur
pdt 10/25-

21- Vogatium Syrup

pac x 315 Yule

30188

(S.V.)

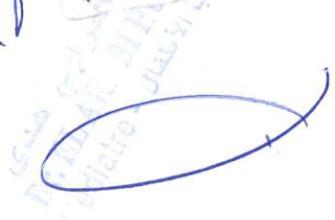
31- Trimedat Syrup x

pac x 815

T=112,90

Trimedat[®] suspension buvable à 0,787%
Flacon de 250ml
6 118000 090960

LOT : 5878
UT. AV : 01-27
P.P.V : 30 DH 80



| N° IPP : | 738280 | N° SEJOUR : | 220016558 | FACTURE N° 2205005926 | | | | DATE D'ENTREE : | 25/05/2022 | DATE DE SORTIE : | 25/05/2022 |
|--|---------------|-----------------------|------------------|----------------------------------|----------------|---------|----------------|-----------------|----------------|------------------|------------|
| ASSURE : | | | | DESTINATAIRE : | | | | | | | |
| MALADE : FATH,Iyad | | | | UF: 5002 URGENCES | | | | FATH,Iyad | | | |
| 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 | | | | | | | | | | 0.00 | 190.00 |
| CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F | CsN | 1.00 | 190.00 | 190.00 | | | | | | | |
| PRODUITS PHARMACEUTIQUES | | | | 3.43 | | | | | | 0.00 | 3.43 |
| FOURNITURES MEDICALES | | | | 0.72 | | | | | | 0.00 | 0.72 |

| | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|------------|---|--------|--|--|--|--|----------|--------|
| Intervenant : M0400001 DR EL ARABI HOUDA | TOTAUX : | 194.15 | | | | | | | | 194.15 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | PLAFOND PC : | | | | | | | | ACOMPTE: | |
| CENT QUATRE-VINGT QUATORZE DHS ET QUINZE CENTIMES | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 194.15 | | | | | AVOIR : | |
| | RESTE DU: | 0.00 | | | | | | | | |
| DATE FACTURE : 25/05/2022 | EDITEE LE : 25/05/2022 | PAR: KAMAL | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | | | |
| VISA | | | N° DE POLICE : | | | | | | | |
| | | | DATE AT : | | | | | | | |
| | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT | | | | | | | |
| | | | BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR | | | | | | | |
| | | | N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49 | | | | | | | |

