

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° M20- 0001051

Optique 128133 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1384 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KHAMLICHI Mohamed

Date de naissance : 01-01-1951

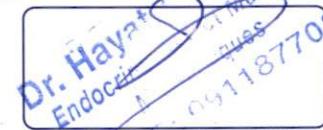
Adresse : Al azhar Tranche 07/1 imm 14 Apt 10

Bernoussi - Casablanca

Tél. : 06.02154142 Total des frais engagés : 3612,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/09/2022

Nom et prénom du malade : Faraci Fatiha Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Hypothyroïdie

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 : 09/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

BOUJEL

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
01/09/22	C		150,-	Dr. Hayat DANI Endocrinologie et Maladies Métaboliques N°F: 091187703

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. El Mouahidine Dr. Mounia Mounia	01/09/22	3420,60
Dr. El Mouahidine Dr. Mounia Mounia	02/09/22	42,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

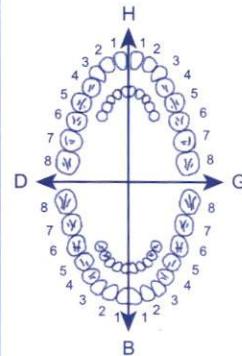
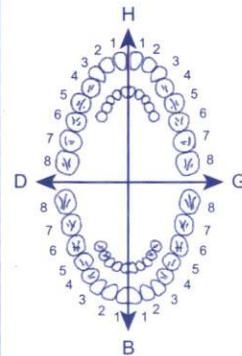
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 B 00000000	<input type="text"/>
				<input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

6) D au Dr H

49,60 x 2 = 98,00

p 213



3420160



PHARMACIE RESIDENCE EL MOUAHIDINE
DR MARJANE MOUNIA
RESIDENCE EL MOUAHIDINE. BD LA
GRANDE CEINTURE

Tél : 0522674599

khalichi mohamed

17^e 1384

ICE : 000466880000069

FACTURE N° : 13303

du 02/09/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TV/A
3	DOLIPRANE 1000 MG BT/10 CPS	14,00	42,00	7%

Total TTC

42,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
QUARANTE DEUX DIRHAMS





AB

N° IPP :	404020	N° SEJOUR :	220035675	FACTURE N° 2202013931				DATE D'ENTREE :	01/09/2022	DATE DE SORTIE :	01/09/2022
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	FARICI, Fatima				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 :					N° SE. SOC. ETRANG. :						
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	
CONSULTATION DE MEDECIN											
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant :	100093 DR. AHANDAR HAYAT	TOTAUX :	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 :	01/09/2022	EDITEE LE :	01/09/2022	PAR:	BELKHZ	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>						
VISA				N° DE POLICE :	DATE AT :							
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI						
				BANQUE :		BMCE - BERNOUSSI						
N° compte bancaire :		0117800004921006006888										