

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 839

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAHMOUANE EP ZIDANI FATHNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. RABANI Abdellatif - Casablanca
Polyclinique CNSS

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Z. DRANI Rotna Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dy sprue

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 : 08/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[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

T
UX

1

100

10

1.

1.

1000



N° IPP :	1313942	N° SEJOUR :	220069046	FACTURE N° 2205020248			DATE D'ENTREE :	08/08/2022	DATE DE SORTIE :	08/08/2022	
ASSURE :							DESTINATAIRE :				
MALADE : RAHMOUN,Fatna				UF: 5002 URGENCES			RAHMOUN,Fatna				
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.											
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00	

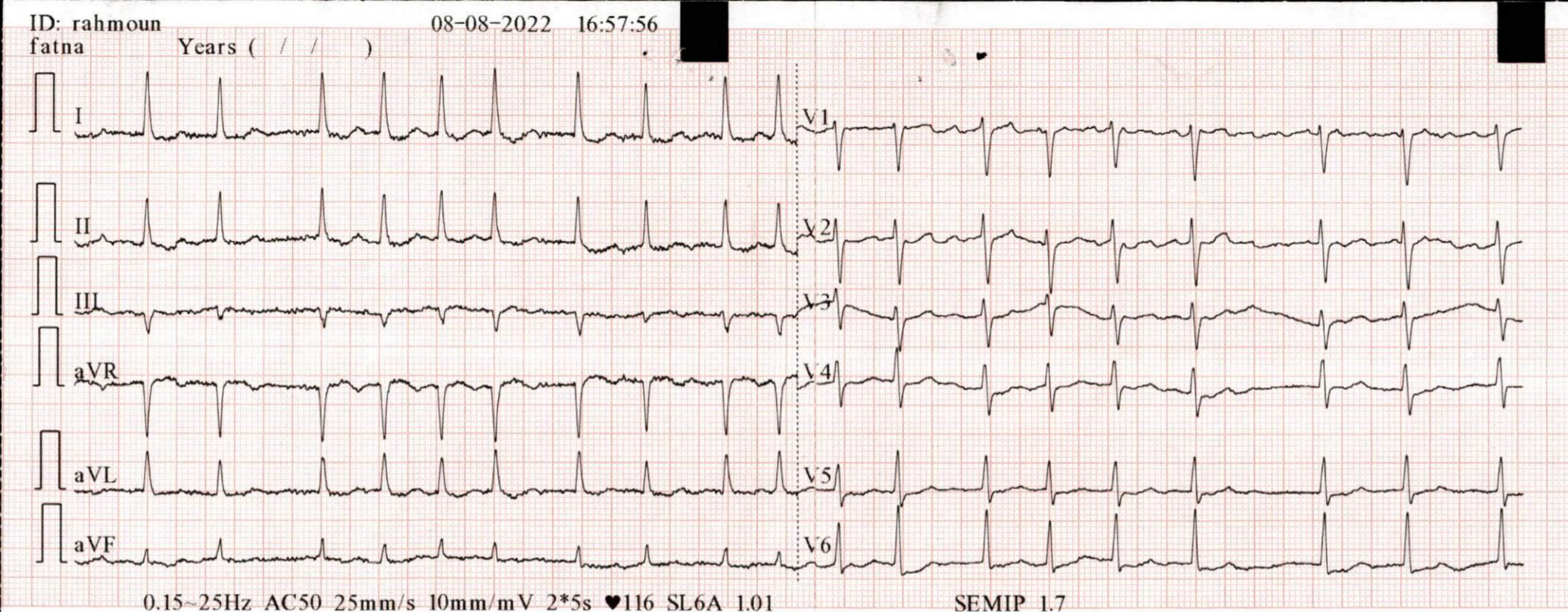
Intervenant : 0172011 DR CHAHIR IDRISI TAIBI (CARDIOLOGUE)	TOTAUX :	250.00							250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC								ACOMPTE:
DEUX CENT CINQUANTE DHS	REMISE :	0.00	REGLE:						AVOIR:
	RESTE DU	250.00							
DATE FACTURE : 08/08/2022	EDITEE LE	08/08/2022	PAR:	SAAD	ACCIDENT DE TRAVAIL				DATE AT :
VISA					N° DE POLICE :				
					Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef			
					BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
					N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31			



N° IPP : 1313942	N° SEJOUR : 220069047	FACTURE N° 2205020249				DATE D'ENTREE : 08/08/2022	DATE DE SORTIE : 08/08/2022			
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : RAHMOUN,Fatna		UF: 5002 URGENCES				RAHMOUN,Fatna				
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.										
CONSULTATION DE GENERALISTE		C		1.00	80.00	80.00			0.00	80.00

Intervenant : 06112011 DR RABANI ABDELTIF (GENERALISTE)			TOTALS :		80.00						80.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC								ACOMPTE:	
QUATRE-VINGT DHS			REMISE		0.00		REGLE				AVOIR :	
			RESTE DU		80.00		POLYCLINIQUE CNSS DERB-GHALLEF CASABLANCA					
DATE FACTURE : 08/08/2022			EDITEE LE : 08/08/2022		PAR: SAAD		N° DE POLICE :				DATE AT :	
VISA												
							Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef					
							BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
							N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					

POLYCLINIQUE CNSS
DERB-GHALLEF CASABLANCA
CAISSE URGENCES



ID: rahmoun
fatna Years (/ /)

08-08-2022 16:57:56

HR	: 116 bpm
P	: 0 ms
PR	: 0 ms
QRS	: 89 ms
QT/QTc	: 295/410 ms
P/QRST	: 0/16.17
RV5/SV1	: 0.53/0.755 mV

Diagnosis Information:
Atrial Fibrillation
Poor R Wave Progression(V3,V4)
Flattened T Wave(aVL,V5,V6)

fb, 1, 4, 3

Report Confirmed by: