

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W19-442171

✓ 31404

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 9020 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KHAIM ADN

Date de naissance : 22/06/73

Adresse :

Tél. : 0662763203 Total des frais engagés : 309,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/02/2021

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 24/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/09/22	32 CASABLANCA		190,00	INP : 091001032 DR. HASSAN ASSAD PEDIATRE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LE CREPUSCULE Rue 56 Lot. Hassan II CASABLANCA	21/09/22	119,30
Tél/Fax : 05 22 90 00 47		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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

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.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412 00000000	21433552 00000000	G	Coefficient DES TRAVAUX
D	00000000 35533411	00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
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.



Mère - Enfant
Hay Hassani

Gar

28 / 09 / 2022

Kh. Dr. di IDR: ss

1 - Ofik en mamp'
100ML x 2/5

119/56

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
OROKEN 100MG/5ML GR P OR FL40ML
P.P.V. : 119DH30



6 118 001 080052

2 - Ooli ponce 300 mg Sodr
15 x 4/5

S.I.

PHARMACIE LE CREPUSCULE
Bld 30 Nov. Hassania II N° 13
Rue CASABLANCA
00525 90 00 47
Tél/Fax: 00212 347

CAISSE GENERALE

DR. BAHIJAHAN
PEDIATRE

POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT

Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI

20200 CASABLANCA

Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71

INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 752409

N° SEJOUR : 220031751

FACTURE N° 2205011289

DATE D'ENTREE : 28/09/2022

DATE DE SORTIE : 28/09/2022

ASSURE :

MALADE : KHALIDI,Idriss

NOM JEUNE FILLE :

UF: 5002 URGENCES

DESTINATAIRE :

KHALIDI,Idriss

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1:

REF. PC 2:

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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 SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F	CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00

Dr. BAHIJ ANAS

Intervenant : 470107 DR RAMADAN HANAE	TOTAUX :	190.00								190.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
CENT QUATRE-VINGT DIX DHS	REMISE :	0.00	REGLE :	190.00					AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00								

DATE FACTURE : 28/09/2022

EDITEE LE : 28/09/2022 PAR: ELKERB

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

DATE AT :

N° DE POLICE :

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

