

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1234

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAFRI Abdelkader.

Date de naissance :

01/01/1952

Adresse :

BLDE SO N° 67 - HAY SABA - HAY HASSANI
CASA.

Tél. :

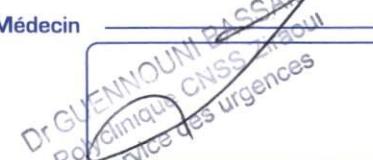
0674315818

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

31/12/2013

Nom et prénom du malade :

Safri El Cham

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

réaction allergique

Affection longue durée ou chronique :

ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :



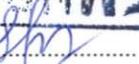
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 08/10/2014

Signature de l'adhérent(e) :



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
31/12/23	4101500	3 f2 22	DR C. Polyclinique CNSS Ziroua Service des urgences	EMNOUNI BASSAM

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
D	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVUE

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

وصفة

ORDONNANCE

le 31/12/23

Sefti Elham

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

40,00

1) Predni 250,00

3x 150,00

78,60

2) - Alora 5



3) - Venkolve 42,00

150,00

Ts 160,80

Residence Al Firdaus
Gh 4 Imm A1/1 N 3, Oulfa
Casablanca - Tel: 0522 89 32 86

PHARMACIE ROCHE

Centre de Santé Addaman
Polyclinique ADDAMAN
Service des urgences



صحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la constatation de l'état de malade :

31/12/23

2) Renseignements cliniques sommaires :

Rejet

allergique

3) Traitement envisagé et actes :

Sol y adol 800

Nebulosat

Adrenalin

2) Durée prévisible du traitement :

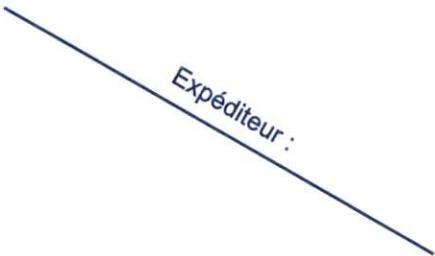
A LE

Signature

Pli à joindre à la D.E.P

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur:





N° IPP : 787932	N° SEJOUR : 230052977	FACTURE N° 2305016892				DATE D'ENTREE : 31/12/2023		DATE DE SORTIE : 31/12/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		SAFRI,Ilham		
MALADE : SAFRI,Ilham		UF: 5002 URGENCES				N° IMMAT C.N.S.S :				
NOM JEUNE FILLE :										
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
AUTRES ACTES COTES EN K										
OXYGENOTHERAPIE PAR DEMIE HEURE	FURG15	1.00	100.00	100.00					0.00	100.00
Acte de Spécialité Médicale	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES										
FOURNITURES MEDICALES										
Intervenant : M0200024 DR GUENNOUNI BASSAME					TOTAUX :	377.22				377.22

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT SOIXANTE DIX-SEPT DHS ET VINGT DEUX CENTIMES				PLAFOND PC :				ACOMPTE:		
				REMISE :	0.00	REGLE :	377.22	AVOIR :		
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 31/12/2023	EDITEE LE : 31/12/2023	PAR: R8280	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA				N° DE POLICE :			DATE AT :			
				Règlement à effectuer à l'ordre de :			POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI			
				BANQUE :			B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA			
N° compte bancaire :			011 780 00 00 43 210 00 60050 54							