

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

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.

Opticien :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

éclamation : contact@mupras.com

rise en charge : pec@mupras.com

adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N°D: N° P19- 0041871 26 ans

Maladie

SV

Dentaire

11902

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2589

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HANNAWI

Nom de femme : HANNAWI

Date de naissance : 26/02/1955

Adresse :

Tél. : 0630 31 87 87

Total des frais engagés :

378,21

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Médecin

Date de consultation : 13/11/2019

Nom et prénom du malade : HANNAWI Abdellah

Age : 66 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie

curé cheveux

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

11 DEC. 2019

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 12/12/2019

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
13/11/19	4	328.44	328.44	SEZDAHBI Othmane Médecin 031014118

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

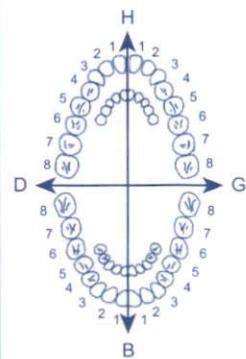
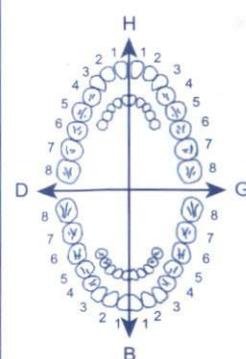
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux															
																			
																			
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
	00000000	00000000																	
B	35533411	11433553																	
G																			
				Coefficient des Travaux															
				Montants des Soins															
				Date du devis															
				Date de l'Execution															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'



Le 13 - n - 19

HANNAH

ABSEKURITÄT

① SAPi+12 18 Schult

✓ Bach - x 317

jet 57j

③ Biostatistics

$$1 - \gamma - 1$$

① 5461

More by S. C.

Dr. E. S. Orthman
Medicis

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
 20100 CASABLANCA
 Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
 INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	1114884	N° SEJOUR :	190077212	FACTURE N° 1905054405				DATE D'ENTREE :	13/11/2019	DATE DE SORTIE :	13/11/2019
ASSURE :								DESTINATAIRE :	HANNAOUI,Abdelkarim		
MALADE :	HANNAOUI,Abdelkarim				UF:	5002 URGENCES					
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 GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	
ACTES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE ACTE DE CHIRURGIE	KC	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00	
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00	
FOURNITURES MEDICALES				18.71					0.00	18.71	

Total à reporter

378.71

0.00

0.00

378.71

N° IPP :	1114884	N° SEJOUR :	190077212	FACTURE N°	1905054405	DATE D'ENTREE:	13/11/2019	DATE DE SORTIE:	13/11/2019
UF de présence:	5002 URGENCES								

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				378.71		0.00			0.00	378.71

Intervenant :	2062011 DR EDDAHBI OTHMANE (GENERALISTE)	TOTAUX :	378.71						378.71
---------------	---	----------	--------	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
TROIS CENT SOIXANTE DIX-HUIT DHS ET SOIXANTE ONZE CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU:	378.71						

DATE FACTURE : 13/11/2019	EDITEE LE : 13/11/2019	PAR: MOURAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :
			Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef	
			BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA	
			N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31	

