

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.

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.

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 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19-0015543

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11194

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELKAJTIAT ALI

Date de naissance : 01-01-1963

Adresse : lot Bleu chama N°39 Elouffa Casablanca

Tél. : 066.17.88.135

Total des frais engagés : 253,35 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/10/2019

Nom et prénom du malade : JUNIOR

Age : 19 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dépression Neuro-Végétative

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 : 05/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : M

Dr. EDDAHBI Othmane

Médecin

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
01/01/99	01	1	122,81	Dr. EDDAHBI Othmane Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/10/19	131,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

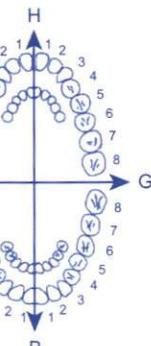
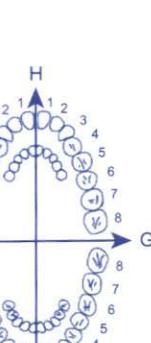
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ORL.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXÉCUTION



LOT : 194/38
UT AV: 04/2022
PPV: 44,000 DH



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 05 - 10 - 2019

Ikrahe EL KASTI'Ai

① Relaxium 150mg gél
87,00 gél x 212 gél (15)



② Alez-Z 50



33,00 144 le sur



STE PHARMACIE HANZA
CASABLANCA
Lots. Hajjatoh Rue 6 N° 3 lot 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 22


Dr. EDDARBI OTHMANE
Médecin

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 :	1107093	N° SEJOUR :	190066462	FACTURE N° 1905046708				DATE D'ENTREE : 05/10/2019		DATE DE SORTIE : 05/10/2019	
ASSURE :			UF: 5002 URGENCES					DESTINATAIRE :			
MALADE :	EL KAJTIAI, lkrame		N° IMMAT C.N.S.S. :		EL KAJTIAI, lkrame						
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	
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				1.39					0.00	1.39	
FOURNITURES MEDICALES				0.96					0.00	0.96	

Intervenant : 2062011 DR EDDAHBI OTHMANE (GENERALISTE)	TOTAUX :	122.35							122.35
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT VINGT DEUX DHS ET TRENTÉ CINQ CENTIMES		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
			REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
			RESTE DU:	122.35					
DATE FACTURE : 05/10/2019	EDITEE LE : 05/10/2019	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					