

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Éducation :

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

- Réclamation : 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.

N° P19- 051274

ND: 34237

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3270

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SKIRRED LETLA

05/04/1958

Date de naissance :

Adresse : RESIDENCE ANDALOUSSIA IM443 N°1

Casa blanca

Tél. : 064 1727198

Total des frais engagés : 280,00 DHS

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Youssef YAQOUBI
Médecin Généraliste
INPE : 09183269

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

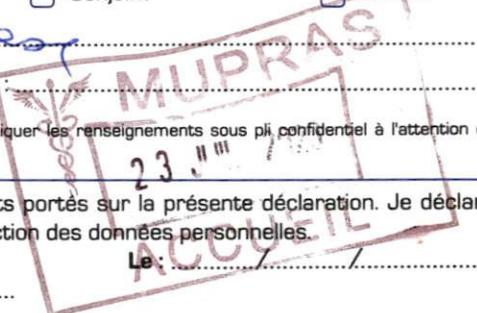
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/11/2017



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
15/10/2022	C		120,00	Dr. Youssef YAQOUB Médecin Généraliste 0983269

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
	15/07/2020	246	160,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

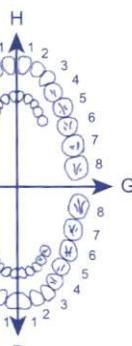
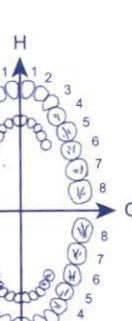
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

10100 CASABLANCA

Tél: 0522-863021/27 Fax: 0522-864205 RDV: 0522-863020

NPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1153714	N° SEJOUR :	200039957	FACTURE N° 2005024190			DATE D'ENTREE : 15/07/2020			DATE DE SORTIE : 15/07/2020		
ASSURE :												
MALADE :	SKIREJ,Leila			UF: 5002 URGENCES			DESTINATAIRE :					
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S.:			SKIREJ,Leila					
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		
ACTES DE RADIOLOGIE	Z	16.00	10.00	160.00								
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE									0.00		160.00	
Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .				TOTAUX :	160.00						160.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:		
				REMISE :	0.00	REGLE :	160.00			AVOIR:		
				RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 15/07/2020 EDITEE LE : 15/07/2020 PAR: KARIM				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							

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 :	1153714	N° SEJOUR :	200039959	FACTURE N° 2005024192		DATE D'ENTREE : 15/07/2020	DATE DE SORTIE : 15/07/2020
ASSURE :							
MALADE :	SKIREJ,Leila		UF: 5002 URGENCES	DESTINATAIRE : SKIREJ,Leila			
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.	V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A										

Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE) TOTAUX : 120.00 120.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
CENT VINGT DHS

PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
RESTE DU :	120.00					

DATE FACTURE : 15/07/2020 EDITEE LE : 15/07/2020 PAR: KARIM

VISA

ACCIDENT DE TRAVAIL :
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