

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 : 2538 Société : Ret RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KACHANI MUSTAPHA 138040

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : Jamila 5 Rue 187 N° 29 C/D CASA 04

Tél. : 0667028896 Total des frais engagés : 271,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr EL ADNANI Abdessamad
د العدناني عبد الصمد
Service des Urgences
INP : 061125217

Date de consultation : 20/11/2022

Nom et prénom du malade : SENINI KHALIDZI ep KACHANI Age : 1951

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : hypertension

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : H.T.A.

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 : _____ / _____ / _____

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
2/11/2021	S	5	1361,80	Dr. ELADNANI Abdessamad Service des Urgences 061125217

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHARMA 600 LOTS HAMRA 2 AV N° 0005 AIN CHOCK - CASABLANCA 5065 10 / 06 22 21 02	2011-06-10 12:22	134,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

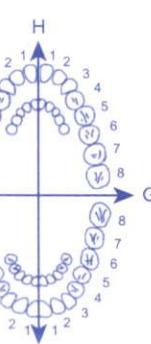
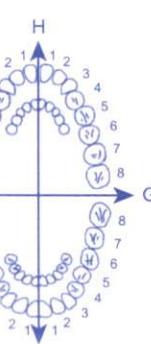
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	21433552 00000000 00000000 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'EXECUTION

Report page précédente

136.90

0.00

0.00

136.90

Intervenant : 46106 DR EL ADNANI ABDESSAMAD	TOTAUX :	136.90						136.90
---	----------	--------	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :
CENT TRENTÉ SIX DHS ET QUATRE-VINGT DIX CENTIMES

PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
--------------	--	--	--	--	----------	--

REMISE :	0.00	REGLE :	136.90		AVOIR :	
----------	------	---------	--------	--	---------	--

RESTE DU:	0.00					
-----------	------	--	--	--	--	--

DATE FACTURE : 20/11/2022 EDITEE LE : 20/11/2022 PAR: LAKHDI

ACCIDENT DE TRAVAIL:

VISA

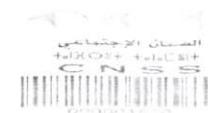
N° DE POLICE :	DATE AT :
----------------	-----------

Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
--------------------------------------	------------------------------

BANQUE :	BMCE - INARA
----------	--------------

N° compte bancaire :	011.780.0000 54 210 00 60 016 91
----------------------	----------------------------------





						FACTURE N° 2205014001					
ASSURE :								DATE D'ENTREE : 20/11/2022		DATE DE SORTIE : 20/11/2022	
MALADE : SEMHI EP KACHANI,Khadija		UF: 5002 URGENCES						DESTINATAIRE :			
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :						SEMHI EP KACHANI,Khadija			
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 INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX											
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.50	7.50	11.25					0.00	11.25	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES											
NO-SPA INJ	N105	1.00	4.22	4.22					0.00	4.22	
FOURNITURES MEDICALES					1.43				0.00	1.43	



Total à reporter				136.90		0.00		0.00		136.90
------------------	--	--	--	--------	--	------	--	------	--	--------



الإبارة
INARA

وصفة ORDONNANCE

le 20/11/2022

Dr. EL ADNANI Abdessamad
د. العدناني عبد الصمد
Service des Urgences
INP : 061125217

40,40

TA = 15/ct

① Nétofylmecid gel 5%



63,30

1ger x 3ct



Ballongf gel



31,00 Et gel li (2 -



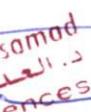
Dr. EL ADNANI Abdessamad
د. العدناني عبد الصمد
Service des Urgences
INP : 061125217

134,70

Dr. EL ADNANI Abdessamad
د. العدناني عبد الصمد
Service des Urgences
INP : 061125217



Debridat



- 140 -

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alverine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca

LOT: 220707
DLUO: 09/2025
63,30 DH

6 118001 100293

LOT :

PER :

PPV :

31/09