

# 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

- 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.

**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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M22- 0005920

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M56 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : C. HERROUK MUSTAPHA

Date de naissance : 1949

Adresse :

Tél. : 0661315400 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : C. HERROUK MUSTAPHA Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... / ..... / .....

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0005920

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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
23.12.22		K 15	332	DR. ERRANS MARIE Médecin Généraliste POUR CLINIQUE INPE INPE 0123589

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie YASSER Doktoren Pharmacie N° 14, rue 4 Sidi Maârouf 6 Tunis - Tél 022.810139	23/12/2022	130,446

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# وصفة

## ORDONNANCE

le 23/12/2022

Mr Cherrouf Mustapha

16,40

① - Floxam 500mg

S.V

2cp x 2lj = 7lj

② - Doliprane 1g

S.V

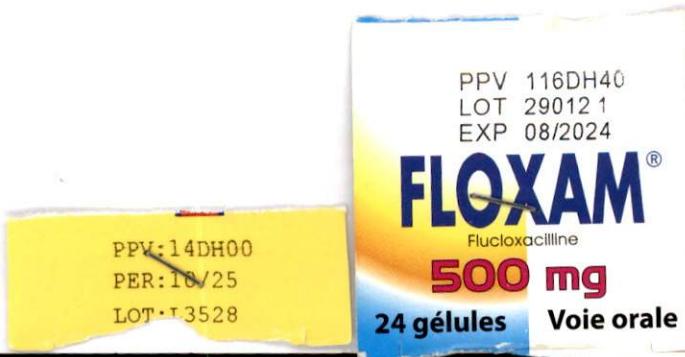
1cp x 3lj

130,40

مصحة ياسير  
Aïcha ISSER  
Docteur en Pharmacie  
N° 14, Rue 4 Sidi Maârouf 6  
Casablanca - Tél 022.83 01 39

Dr. ERRAIS MAROUANE  
Médecin Généraliste  
POLYCLINIQUE CNSS INARA  
INPE: 052225800

PPV: 14DH00  
PER: 10/25  
LOT: 13528



## POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA

Tél : 0522-21-30-90 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06

RDV : 0522-50-45-13

INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 938742	N° SEJOUR : 220051553	FACTURE N° 2205015772					DATE D'ENTREE : 23/12/2022		DATE DE SORTIE : 23/12/2022		
ASSURE :							DESTINATAIRE :		CHERROUK, Mustapha		
MALADE : CHERROUK, Mustapha		UF: 5002 URGENCES					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :		N° SE. SOC. ETRANG. :		
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :									
TIERS PAYANT 1 :		TIERS PAYANT 2 :									
REF. PC 1 : REF. PC 2 :		LETTRÉ	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
		CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
<b>AUTRES ACTES COTES EN K</b>											
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE		K	15.00	22.50	337.50					0.00	337.50
<b>ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX</b>											
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER		AMI	1.50	7.50	11.25					0.00	11.25
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>											
LIDOCAINE 2% SIMPLE 20 ML INJECT		L071	1.00	10.30	10.30					0.00	10.30
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>					33.34					0.00	33.34



Total à reporter

392.39

0.00

0.00

392.39

N° IPP :	938742	N° SEJOUR :	220051553	FACTURE N°	2205015772	DATE D'ENTREE:	23/12/2022	DATE DE SORTIE:	23/12/2022
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				392.39		0.00		0.00		392.39

Intervenant :	10675 DRERRAIS MAROUANE GENERALISTE	TOTAUX :	392.39							392.39
Arrêtée la présente facture à la somme de :	TROIS CENT QUATRE-VINGT DOUZE DHS ET TRENTÉ NEUF CENTIMES	PLAFOND PC :						ACOMPTE:		
		REMISE :	0.00	REGLE :	392.39			AVOIR :		
		RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE :	23/12/2022	EDITEE LE :	23/12/2022	PAR:	HAJAR	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			

