

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1143 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BALMANE Mohamed

160163

Date de naissance : 01-01-1941

Adresse : Cité Djemaa Jamila 7 Rue 19 n° 15 Casablanca

Tél. : 0661789212 Total des frais engagés : 305,08 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/05/23

Nom et prénom du malade : Balmane Habiba Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : gastroentérite

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 : Casablanca Le : 28/04/2023

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
27/04/2014	CP	1	129,00	Dr Sadi RAMI Polyclinique CNSS INARA Service des Urgences
28/04/2014				
29/04/2014				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur SARL	Date	Montant de la Facture
ARMERIE CHAMONIX SARL DI DIANI Abdellah MOUSSA MIRAV AL QODS IN CHOUKRA ASABLANCA TUNISIA 42 37 47 - FIX 0808 57 16	27/06/83	175.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE



le 27/4/23.

BACNATE Hasiba

123.60

Thrixion 40 (19)

19

50.00

Sachet

1 sachet 2/ rach 831.

126.00

PHARMACIE CHARM CHEIKH SSAL
N° 2020 DR DIANE ABDELLFATAH
AIN CHOK CASABLANCA
TÉL : 0522 63 42 33 - 0522 55 16 56

Dr Said RAMI
Polyclinique CNSS INARA
Service des Urgences



Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca
Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06



N° IPP :	955434	N° SEJOUR :	230017367	FACTURE N° 2305005057				DATE D'ENTREE : 27/04/2023 DATE DE SORTIE : 27/04/2023			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES				DESTINATAIRE :			
MALADE : BALMANE, Habiba				N° IMMAT C.N.S.S. :				BALMANE, Habiba			
NOM JEUNE FILLE :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 1 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
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	0.40	7.50	3.00					0.00	3.00	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES											
NO-SPA INJ	N105	1.00	4.22	4.22					0.00	4.22	
FOURNITURES MEDICALES				1.86					0.00	1.86	

Total à reporter

129.08

0.00

0.00

129.08

N° IPP :	955434	N° SEJOUR :	230017367	FACTURE N° 2305005057			DATE D'ENTREE:	27/04/2023	DATE DE SORTIE:	27/04/2023
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				129.08		0.00		0.00		129.08

Intervenant :	46145 DR RAMI SAID	TOTAUX :	129.08							129.08
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT VINGT NEUF DHS ET HUIT CENTIMES	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	129.08				AVOIR:	
		RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE :	27/04/2023	EDITEE LE :	27/04/2023	PAR:	HAFID	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			

