

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.

181496

Déclaration de Maladie : N° S19-0049817

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11143 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OUAHAB Leila Date de naissance :
Adresse :
Tél. 066 6949438 Total des frais engagés : 03 NOV 2023 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ERRAIS MAROUANE
Médecin Généraliste
POLYCLINIQUE CNSS INARA

Date de consultation : 25 / 10 / 23
Nom et prénom du malade : Loutfi Ayman Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Plaie de la main gauche
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 : 25 / 10 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

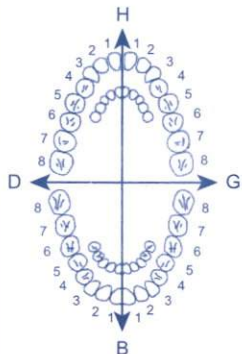
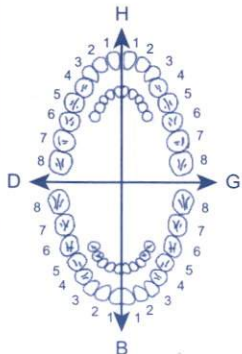
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>										
				Montants des Soins <input type="text"/>										
				Début d'exécution <input type="text"/>										
				Fin d'exécution <input type="text"/>										
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>										
				Date du Devis <input type="text"/>										
			Date de l'exécution <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	<input type="text"/>
			MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
			DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
			FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

A diagram of a circular chromosome. It is a circle with a vertical line through its center. At the top of the vertical line is a small circle labeled 'H'. At the bottom is a small circle labeled 'B'. The vertical line is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The circle is divided into two halves by the vertical line. The left half is labeled 'D' and the right half is labeled 'C'. The circle is divided into 16 segments by 16 small circles. The segments are numbered 1 through 8 on both the left and right sides. The segments are arranged in a circular pattern, with the numbers 1 through 8 appearing twice on each side. The segments are labeled with the letters 'H', 'C', 'D', and 'B' in a circular pattern.

	DATE DU DEVIS	
	DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION

Dr. F. F. F. F. F.

Je soussigné Docteur en Médecine certifie avoir

Examiné le

25/10/2023

Mr. Mme

Ayman Louzi

N°C.N.S.S.

Qui présenté

Plaie profonde de la
main gche

L'intéressé

est

doit être

hospitalisé

depuis

le

26/10/2023

au

en vue

Cheir K90

Durée prévisible du séjour

Sauf complication

Dr. ERRAIS MAROUANE
Médecin Généraliste
POLYCLINIQUE C.N.S.S. INARA

Ce présent certificat médical d'admission est établi aux fins de prise en charge

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 : 980356	N° SEJOUR : 230046057	FACTURE N° 2305014063	DATE D'ENTREE : 25/10/2023	DATE DE SORTIE : 25/10/2023
ASSURE :			DESTINATAIRE : LOUZI, Ayman	
MALADE : LOUZI, Ayman				
NOM JEUNE FILLE :				
TIERS PAYANT 1 :		N° UF: 5002 URGENCES		
TIERS PAYANT 2 :		N° IMMAT C.N.S.S. :		
REF. PC 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :		
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	1.10	7.50	8.25					0.00	8.25
FOURNITURES MEDICALES				1.70					0.00	1.70

Intervenant : 10675 DR ERRAIS MAROUANE GENERALISTE	TOTAUX :	129.95						129.95
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT NEUF DHS ET QUATRE-VINGT QUINZE CENTIMES	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	129.95			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 25/10/2023	EDITEE LE : 25/10/2023	PAR: AITALI	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			

