

## 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.

### 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.

### 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 066073

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2768

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

RETRAITEE

Nom & Prénom : HILALI

FOUZIA

Date de naissance : 07-08-58

Adresse : MAY 74 ABDELLAH BOU TAZA Rue 99  
N°5 - AIN CHOKK. CASA

Tél. : 0600376166

Total des frais engagés : 229,18 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Said RAMI  
Polyclinique CNSS INARA  
Service des Urgences

Date de consultation : 29/12/20

Nom et prénom du malade : Hilali Fouzia

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Grippe

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 : CASA

Le : 28/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVÉ 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
29/12/2020	9 ph	177,62		Dr Said RAMI Polyclinique CNSS INARA Service des Urgences

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr En Pharmacien Rue 75 n° 0522 50 24 80 BENCHIKHI B.	29/12/2020	51,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

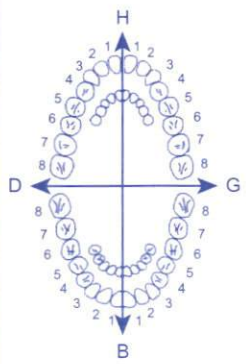
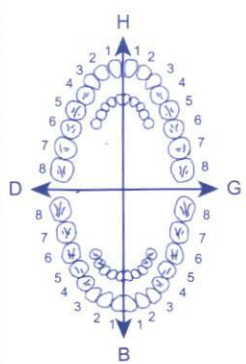
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الإجتماعي

تولّي الصّحة والتّأمين

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة  
ORDONNANCE

مصحة  
POLYCLINIQUE



الإنارة II  
INARA II

le 29/12/20

HILALI

LOT N° : 3448  
UT- AV : 09-23  
P.P.V : 30DH50

Interdiction

19

Argo

30,50 (CA) x 3

Litex

2/100 19 6 m

05115

ARGO®

Alginate de sodium/Bicarbonate de sodium

20183 PER: 11/2023  
PPV: 21,00 DH

PHARMACIE INES  
صيدلية إنيس  
Dr En Pharmacie  
BENCHIKHI B.  
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40  
CASA - Tél : 0522 50 24 80

Service des Urgences  
Polyclinique CNSS Inara II  
Dr Said RAMI

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 : 859254	N° SEJOUR : 200035011	<b>FACTURE N° 2005010803</b>	DATE D'ENTREE : 29/12/2020	DATE DE SORTIE : 29/12/2020
ASSURE :			DESTINATAIRE : <b>HILALI,Fouzia</b>	
MALADE : HILALI,Fouzia		UF: 5002 URGENCES		
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
<b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b> CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
<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> MIDAZOLAM 1 MG/ML	M198	1.00	7.87	7.87					0.00	7.87
PANTOPRAZOL 40 MG INJ	P600	1.00	24.08	24.08					0.00	24.08
SPASFON 1 AMP INJECT	S026	2.00	3.21	6.42					0.00	6.42
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				8.00					0.00	8.00



Total à reporter				177.62		0.00		0.00		177.62
------------------	--	--	--	--------	--	------	--	------	--	--------

N° IPP : 859254	N° SEJOUR : 200035011	FACTURE N° 2005010803	DATE D'ENTREE: 29/12/2020	DATE DE SORTIE: 29/12/2020
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				177.62		0.00		0.00		177.62

Intervenant : 46145 DR RAMI SAID	TOTAUX :	177.62						177.62
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DIX-SEPT DHS ET SOIXANTE DEUX CENTIMES		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	177.62		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 29/12/2020	EDITEE LE : 29/12/2020	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			

