

# 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.

## Éducation :

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 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



Maladie

Dentaire

Optique

*STULL*

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *0768* Société : *R.A.M RETRAITÉE*

Actif  Pensionné(e)  Autre : *RETRAITEE*

Nom & Prénom : *HILALI FOUZIA*

Date de naissance : *07-08-58*

Adresse : *MAY 74 ADDELLAH Bd TAZA Rue 99*

N°S. : *AIN CHOCK. CASA*

Tél. : *06 00 376 166* Total des frais engagés : *229,12 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 : *62*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *Gastrite*

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) : *[Signature]*

## **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
29 01 2010	A + ph... anal	1	177,62	<b>Dr Said RAMI</b> Polyclinique CNSS INARA Service des Urgences

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 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			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			Coefficient DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

المملكة المغربية  
Royaume du Maroc



مصلحة  
POLYCLINIQUE

# وصفة ORDONNANCE



الإنارة II  
INARA II

le ..... 29/12/20

HICACI +

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

Treatment

Argo

30.50 (Ca) & 30

Lemax

21/100 mg 6 n



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

DR SAID DAMI  
Polyclinique CNSS INARA  
Service des urgences

PHARMACEIE INES  
BENCHIKHI B.  
HAY Moulay Abdellah Rue 75 n° 40  
CASAB - Tel 0522 50 24 80

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

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	FACTURE N° 2005010803				DATE D'ENTREE :		29/12/2020	DATE DE SORTIE :		29/12/2020
ASSURE :								DESTINATAIRE :					
MALADE : HILALI,Fouzia				UF: 5002 URGENCES				NOM JEUNE FILLE :		HILALI,Fouzia			
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			
CONSULTATION DE MEDECIN.											0.00	120.00	
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)	CN	1.00	120.00	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													
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	
FOURNITURES MEDICALES				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 :	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
CENT SOIXANTE DIX-SEPT DHS ET SOIXANTE DEUX CENTIMES	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					

