

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

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.

Nº P19- 059448

5 + 615

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	3294	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		NAJEM AHMEP	
Date de naissance :		01/01/1952	
Adresse :		HAY LAALOU Rue 16 n° 48 C. D. CASABLANCA	
Tél. :		063 209 87 67	Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/02/2021



#### **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
19			131,64	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MARCHAND 19/01/2014</i>	<i>19/01/2014</i>	<i>95,40</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

#### **Important :**

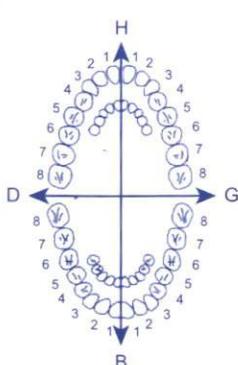
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



اينارة II  
INARA II

# وصفة ORDONNANCE

le .....

19/07/2022

ج ٦ CHE RATE ناجي

58,30



٦٦

Mefasif

LOT : 4038  
UT. AV : 10-22  
P.P.V : 58 DH 30

37,00



٣

Penta

LOT : 20E004  
PER : 03/2022

PERIDYS 1MG/ML  
SUSP BUV F200ML  
P.P.V : 37DH10  
6 118000 011255

PHARMACIE EL MANSOUR  
106, Avenue El Haffouz  
Méditerranée Casablanca  
Casablanca - Maroc  
Tél. : 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

Dr. MOUATADAR Hassan  
MEDECIN  
des urgences  
de CHU Inara

N° IPP : 688941	N° SEJOUR : 210001556	FACTURE N° 2105000480				DATE D'ENTREE: 19/01/2021 DATE DE SORTIE: 19/01/2021			
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				131.64		0.00		0.00		131.64

Intervenant : 46138 DR MOUNTADAR HASSAN	TOTAUX :	131.64								131.64
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
CENT TRENTÉ ET UN DHS ET SOIXANTE QUATRE CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :	131.64				AVOIR :		
	RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE : 19/01/2021	EDITEE LE : 19/01/2021	PAR: RAOUF	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
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						



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



الجهة الاجتماعية  
الجهة الاجتماعية  
CNSS

090001520

N° IPP :	688941	N° SEJOUR :	210001556	<b>FACTURE N° 2105000480</b>				DATE D'ENTREE : 19/01/2021		DATE DE SORTIE : 19/01/2021		
ASSURE :								DESTINATAIRE :				
MALADE :	UF: 5002 URGENCES				CHERATE,Najat							
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>										0.00	120.00	
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00								
<b>ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX</b>												
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50						0.00	7.50	
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>												
SPASFON 1 AMP INJECT	S026	1.00	3.21	3.21						0.00	3.21	
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>					0.93					0.00	0.93	



Total à reporter				131.64		0.00		0.00		131.64
------------------	--	--	--	--------	--	------	--	------	--	--------