

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

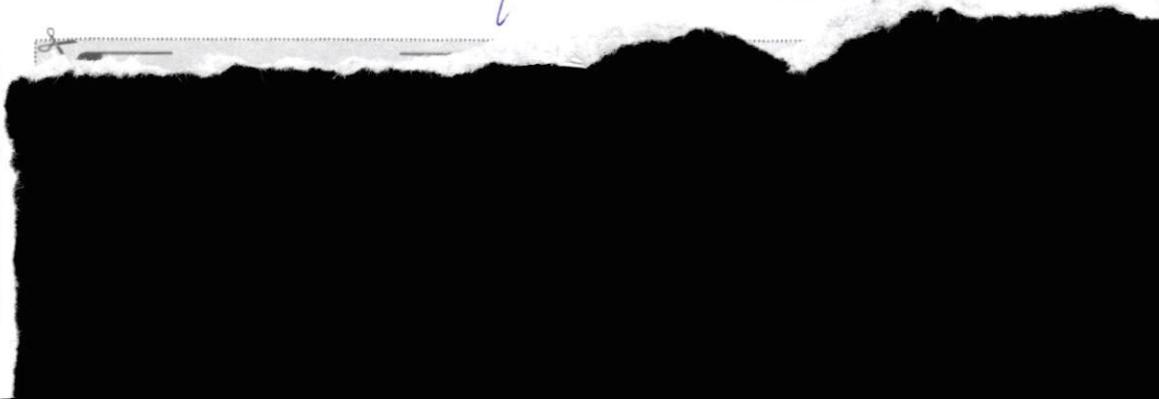
N° W19-587077

73838

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	6412	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : Amini Abdenebi			
Date de naissance : 3.8.1963			
Adresse : 4085			
Tél. : Total des frais engagés : 139,43 + 131,60			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr Soufiane BELABbes			
Date de consultation :	12/05/2021	Nom et prénom du malade :	Amini Abdenebi
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : colique néphrolithiasis droite			
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
Signature de l'adhérent(e) :
ACCUEIL



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
12 05 2021	CS	139,43		INP : INPE : MELABU : 00000000000000000000000000000000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHARM CURE SARL 600 LOTS HAMRA 2 A AIN CHOCK - OISAHOLAH 22-50-65-10/05/22-21-02-18	12/05/2021	139,43

ANALYSES - RADIGRAPHIES

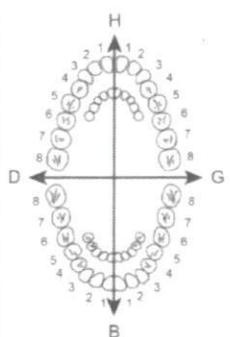
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

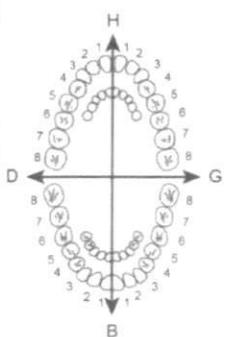
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



الضمان الاجتماعي

• 100% •

CNSS
Le devoir de vous protéger

وَصْفَةٌ ORDONNANCE



الإنارة II
INARA II

le 12/07/2021

Amini Abdenebhi

COOPER PHARMA
LOT : 201161
PER : 07 - 2023
PPV : 131,60 DH

ABR. 61

1) Spectrum  of young galaxies

19px 21

adtoz

Apis rep

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 :	869876	N° SEJOUR :	210013752	FACTURE N° 2105003855				DATE D'ENTREE : 12/05/2021 DATE DE SORTIE : 12/05/2021						
ASSURE :				DESTINATAIRE :										
MALADE : AMINI,Abdenabi				UF: 5002 URGENCES										
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S. :										
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
TIERS PAYANT 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TIERS PAYANT 1 TOTAL MONTANT	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
		% / Dh							MONTANT		% / Dh		MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.				CN	1.00	120.00	120.00	0.00	120.00			0.00	120.00	
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX				AMI	1.00	7.50	7.50	0.00	7.50			0.00	7.50	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				A368	1.00	11.00	11.00	0.00	11.00			0.00	11.00	
FOURNITURES MEDICALES							0.93	0.00	0.93			0.00	0.93	



Total à reporter				139.43			0.00		0.00		139.43
------------------	--	--	--	--------	--	--	------	--	------	--	--------

N° IPP : 869876	N° SEJOUR : 210013752	FACTURE N° 2105003855				DATE D'ENTREE: 12/05/2021 DATE DE SORTIE: 12/05/2021			
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				139.43		139.00			0.00	139.43

Intervenant : 46216 DR BELLAABES SOFIANE	TOTAUX :	139.43	139.43	139.43	139.43
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT TRENTÉ NEUF DHS ET QUARANTE TROIS CENTIMES	PLAFOND PC :				ACOMPTE:
	REMISE :	0.00	REGLE :	139.43	AVOIR :
	RESTE DU:	0.00			
DATE FACTURE : 12/05/2021	EDITEE LE : 12/05/2021	PAR: RAOUF	ACCIDENT DE TRAVAIL:		
VISA			N° DE POLICE: 76 AT	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		

