

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-587215

73236



<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 : AM. NI ABDENBI	
Nom & Prénom : 3-8-1463		Date de naissance : 3-8-1463	
Adresse : habiliuelle			
Tél. : 9085		Total des frais engagés : 213,06DH + 72,40 + 2000DH	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : Dr. LAMRANI Abdelghani Médecin Urgentiste Polyclinique CNSS-INARA Tél. 022.21.30.90 / 93		
Date de consultation : 03/05/2021	Nom et prénom du malade : AMINE ABDENBI Age: 31	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : Casablanca / / Le : 31-5-2021
Signature de l'adhérent(e) : R ACCUEIL L. BOUZACHENE



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
02/05/2021	1/2	1/2	213,06	INP : 0GM125621 Dr. LAMRANI Abdelghani Médecin Dentiste Psychologue CNSS-INARA Tél: 022.21.30.90 / 93

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourgeleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHARMELLE N° 600 LOTS HAMRA 2 AV AL GOOS AIN CHOCK - CASABLANCA TEL: 05 22 50 65 10 / 06 22 21 02	05.05.2021	72,40

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/05/21	200,00	

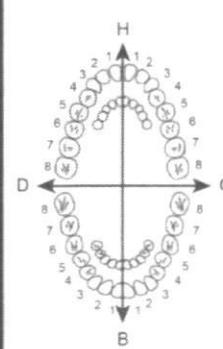
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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	

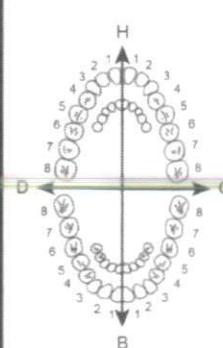


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	11433553
B	35533411	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الإنارة II
INARA II

وصفة

ORDONNANCE

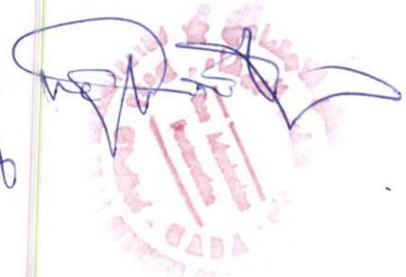
le 07/05/2021

Dr. LAMRANI abdelghani
Médecin Urologiste
Polyclinique CNSS-INARA
Tél: 022.21.30.90 / 93

D. AMJED ABDELGhani

SCHE - RENAR

Calip



وصفة

ORDONNANCE



الإنارة II
INARA II

le 57/05/2021

Dr. LAMRANI Abdellah
Médecin urgentiste
Polyclinique CNSS-INARA
Tél: 022.21.30.00 / 93

Dr. Amin ABDELBES

P - Cedol 14 37. 22,00
22,00 37. 22,00

22,00 / !

P - Musfon 80ug 37.

EDT. MO458
PER : 12/2023
PPV : 50/40 DH
médicaments de l'intestin

PHARMACIE CHARIM CHEKHLA
N° 600 LOTS HAMRA 2 AV AL QODS
AIN CHOK - CASABLANCA
10/06/22/02/18

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

N° IPP : 869510	N° SEJOUR : 210013318	FACTURE N° 2105003655				DATE D'ENTREE: 07/05/2021 DATE DE SORTIE: 07/05/2021					
UF de présence: 5002 URGENCES											
NATURE DE PRESTATION	TOTAL	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TIERS PAYANT 2 TOTAL MONTANT	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente					213.06		213.00		0.00		213.06
Intervenant : 46071 DR LAMRANI ABDELGHANI				TOTAUX :	213.06		213.06				213.06
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT TREIZE DHS ET SIX CENTIMES				PLAFOND PC :	ACOMPTE						ACOMPTE:
				REMISE :	0.00	REGLE :	213.06				AVOIR:
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 07/05/2021	EDITEE LE: 07/05/2021	PAR: LAKHDI		ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA				N° DE POLICE 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							

N° IPP : 869510 FACTURE N° : N° SEJOUR : 21001331

ASSURE

MAJADE : AMINI Abdelnebi 15.000 FRANC

NOM : JEUNE FILLE : ANNE MARIE

TIERS PAYANT 1 : TOUT AGENT OU DEMUTUALISTE

TIERS PAYANT 2

REF. PC 1: *AS SE SEEN FTHANG* REF. PC 2

FACTURE N° 2105003655

DATE D'ENTREE : 07/05/2021

DATE DE SORTIE : 07/05/2021

— DESTINATAIRE

AMINI-Abdelneb

LE PREMIER PRIX DE LA NATURE DE PRESTATION

<i>LETTRE</i>	<i>NOMBRE</i>	<i>PRIX</i>
<i>CLÉ</i>	<i>COFF</i>	<i>UNITAIRE</i>

AYANT 1	TIERS PAYANT 1	TIERS PAYANT 2	PART DU MALADE
TOTAL			

CONSULTATION DE MEDECIN

CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F 120.00 CN 1.00 120.00 120.00 0.00 120.00

ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX

ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER 7.50 11.25 AMI 1.50 7.50 11.25 0.00 11.25

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

METHYLPREDNISOLONE MERCK 120MG INJX 1AM	40.35	M197	1.00	40.35	40.35	0.00	0.00	0.00	0.00	40.35
MIDAZOLAM 1 MG/ML	7.87	7.87	M198	1.00	7.87	7.87	0.00	0.00	0.00	7.87
PROFENID 2 ML 1 AMP INJECT IM	5.62	5.62	P067	1.00	5.62	5.62	0.00	0.00	0.00	5.62
PARACETAMOL 10MG/ML PERF.	12.84	12.84	P281	1.00	12.84	12.84	0.00	0.00	0.00	12.84
SPASFON 1 AMP INJECT	3.21	3.21	S026	2.00	3.21	6.42	0.00	0.00	0.00	6.42

FOURNITURES MEDICALES 3.75 8.71 0.00 8.71

Total à reporter 213.06

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1213274	N° SEJOUR :	210034270	FACTURE N° 2105020228				DATE D'ENTREE :		07/05/2021	DATE DE SORTIE :		07/05/2021
ASSURE :								DESTINATAIRE :		AMINI,Abdelnebi			
MALADE :	AMINI,Abdelnebi				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	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE				
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT			
ACTES DE RADIOLOGIE													
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00			

Intervenant :	20022017 DR JELLOULI OMAR RADIOLOGUE	TOTAUX :	200.00							200.00			
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:			
				REMISE :	0.00	REGLE :	200.00			AVOIR :			
				RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE :	07/05/2021	EDITEE LE :	07/05/2021	PAR:	SAAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA				N° DE POLICE :						DATE AT :			
				Règlement à effectuer à l'ordre de :						POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
				BANQUE :						BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
N° compte bancaire :						011 780 0000 70 210 00 60 028 31							



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le 07/05/2021

Patient : AMINI ABDENEBI

ECHOGRAPHIE RENALE

- Reins en place, de contours réguliers, de taille normale et assez bien différenciés
- Pas dilatation des cavités excrétrices
- Petit kyste cortical polaire supérieur droit de 18 mm
- Uretères fins et pas de lithiase décelable
- Vessie semi pleine à contenu anéchogène

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

CONCLUSION :

- Petit kyste cortical polaire supérieur droit d'allure simple
- Pas de syndrome urinaire obstructif notamment à gauche

Dr Jellouli

Dr JELLOULI Omar
Médecin Radiologue
INPE : 101183531