

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-608702

73036

CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 93041 Société : RA7

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SENALI ABDELALIM EL HADY MENEUR

Date de naissance : 01/01/1941

Adresse : 1207 Avenue N°12 B6C 202

Tél. : 0522 89 9351 Total des frais engagés : 409,90

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23 04 21

Nom et prénom du malade : EL HADY MENEUR Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 0522 89 9351 Le : 27 10 21

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-608702

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Casier du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
<div style="position: absolute; top: 0; left: 0; transform: rotate(-45deg); font-size: small;"> 05 22 38 38 Casier du Pharmacie Cinéma Hay, Bis du Hay, Tel. </div>	23.04.2021	253,90

[illegible]

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

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



وصفة
ORDONNANCE



le 23.04.21

Mr EL Hady Meriem.

37.70 x 3 / 10 / Depo medrol 80mg N° ③

1 inj / IM / 3 jrs

pmi

36.40

relais

10 med 20mg N° ①

2 cp 1 j

28.80 x 2

20 /

Vitoverme L Fort N° ②

3-1 p no fast 20 mg



PPV: 52DH80
PER: 08/21
LOT: H2670-2

52.80

1 gel;

141

259.00

PHARMACIE CINEMA ANFA
Dr. Nacer EL KAYEB
11, Bis L...
Hay El H... Casablanca
Tél: 05 22 36 87 62

Dr. Souad FAIZ
Rhumatologue
Ostre...
Echographie

LOT/EXP.:

EM8785
07/2025
P.P.V: 37DH70

LOT/EXP.:

DN8026
11/2024
P.P.V: 37DH70

LOT/EXP.:

DN8026
11/2024
P.P.V: 37DH70

PHARMAS LOT: 2703
UT.AV: 08-23
PPV: 36DH40

PPV

LOT

28.80

PER

PPV

LOT

28.80

PER

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
d El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA
él : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06
DV : 0522-50-45-13
NPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 868351	N° SEJOUR : 210011787	FACTURE N° 2102004487		DATE D'ENTREE : 23/04/2021		DATE DE SORTIE : 23/04/2021				
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		DESTINATAIRE :						
MALADE : EL HADY,Meriem		N° IMMAT C.N.S.S :		EL HADY,Meriem						
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
	CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE										
Intervenant : 46048 DR FAIZ SOUAD RHUMATOLOGIE		TOTAUX :		150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 23/04/2021		EDITEE LE : 28/05/2021		PAR: LAKHDA		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE : DATE AT :				
						Réglement 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				

LAKHDAR Safia
Caissière Auxiliaire
Polyclinique C.N.S.S-INARA