

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

ctique :

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.

ntaire :

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 caractére 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

Autres

74022

Société : *R.A.M RETRAITEE*

Matricule : *2768*

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

MILALI FOULIA

Date de naissance :

04-08-58

Adresse :

*HAy 94 ABDELLAH Bd TAZA Rue 99
N° 5 - AINI CHOCK. CASA*

Tél. :

06 22 37 61 66 Total des frais engagés : *261,19* Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *10 JUIN 2021*

Nom et prénom du malade : *Allal Ben Abdellah Fouzia* Age : *63*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : *MUPRAS*

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*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Le : *08/06/2021*

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
21/05/2021			98,99	DR. J. L. LAROCHE

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INSES	21/05/2021	162,16

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

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 canalaire, 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
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		
	D 00000000 00000000 35533411	B 00000000 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة ORDONNANCE



II ناراً INARA II

Docteur François BAKER
MEDECIN D'URGENCE

LOT:200376
PER:06/2025
PPV:102.00 DH

LOTN° : 37,60 P.P.V
UT.AV : 60

37,6

PHARMACEUTICALS
S. ENCHIKH B.
40 Moutby Road, 72" u. 50 24 80
EN PHARMACEUTIQUE
GASA TEL. 0525 02 24 80

22, 6c

22.60

THE LINES

PHARMACEUTICALS
D. ENCHIKHI B.
EN PHARMACEUTIQUE
40, 75^e Rue de la Bourse
75009 PARIS

~~(B) Street 21~~ Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

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 : 865661		N° SEJOUR : 210012791		FACTURE N° 2105003523				DATE D'ENTREE : 03/05/2021		DATE DE SORTIE : 03/05/2021			
ASSURE :				DESTINATAIRE :									
MALADE : HILALI, Fouzia				UF: 5002 URGENCES				HILALI, Fouzia					
NOM JEUNE FILLE : N° IMMAT C.N.S.S.				N° IMMAT C.N.S.S. :									
TIERS PAYANT 1 : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :									
TIERS PAYANT 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :									
REF. PC 1 : N° SE. SOC. ETRANG. REF. PC 2 :		NATURE DE PRESTATION UNITAIRE	TOTAL	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TIERS PAYANT TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
% / Dh								MONTANT	% / Dh		MONTANT	% / Dh	
CONSULTATION DE MEDECIN.													
CONSULTATION DE GENERALISTE		80.00	80.00	C	1.00	80.00	80.00					0.00 80.00	
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX													
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER		7.50	7.50	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00 7.50	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES													
SPASFON 1-AMP INJECT		3.00	3.21	S026	3.00	3.21	9.63					0.00 9.63	
FOURNITURES MEDICALES													
							1.86					0.00 1.86	

Total à reporter				98.99		0.00		0.00		98.99
------------------	--	--	--	-------	--	------	--	------	--	-------

N° IPP : 865661	N° SEJOUR : 210012791	FACTURE N° 2105003523	DATE D'ENTREE: 03/05/2021	DATE DE SORTIE: 03/05/2021
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				98.99		0.00		0.00		98.99

Intervenant : 10262 DR RAFAI LATIFA (MEDECINE GENERALE)	TOTAUX :	98.99								98.99
---	----------	-------	--	--	--	--	--	--	--	-------

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DIX-HUIT DHS ET QUATRE-VINGT DIX-NEUF CENTIMES	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	98.99					AVOIR:	
	RESTE DU:	0.00								

DATE FACTURE : 03/05/2021	EDITEE LE : 03/05/2021	PAR: BOUNAS	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 - MEDIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX	
			N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91	