

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.

ique :

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0010453

74022

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2768 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITEE
Nom & Prénom : MILALI FOULIA
Date de naissance : 07-08-58
Adresse : MAY 24 ABDELLAH BATAA Rue 99
N° 5 - AIN CHOCK CASA -
Tél : 06 00 37 61 66 Total des frais engagés : 261,19 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : / /

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

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 : CASA Le : 08/06/2021

Signature de l'adhérent(e) : /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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

RELEVÉ 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
03/05/2011			58,99	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/05/2011	162,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

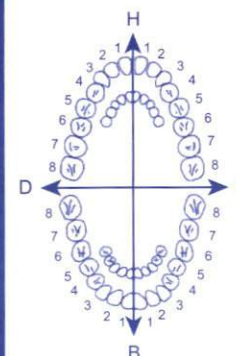
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

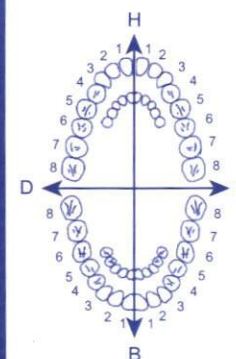
MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

[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



الضمان الاجتماعي
التأمين الاجتماعي
CNSS
Le devoir de vous protéger



الإنارة II
INARA II

وصفة
ORDONNANCE

Docteur Fatima BAFI
MEDECIN GÉNÉRALISTE

03/05/22
le 03/05/22
Toulouza
et plus lous

102/100

LOT:200376
PER:06/2025
PPV:102,00 DH

men h lous

LOTN° : 37,60 / 60
UT.AV : P.P.V

37,60

EWI vaka
102/100

22,60

PHARMACIE INES
En Pharmacie
Rue 79 n° 40
CASA, Tel. 0522 50 24 80

22,60

Steuten
Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

POLYCLINIQUE C.N.S.S. - INARA
Bd El-Qasbi Inara 20150 CASABLANCA
Tél : 05 22 50 48 06
RDV : 0522-50-45-13
INPE: 090001520 ICE: 01757364000080 IF: 1602058



N° IPP: 865661	N° SEJOUR: 210012791	FACTURE N° 2105003523		DATE D'ENTREE: 03/05/2021	DATE DE SORTIE: 03/05/2021
ASSURE:		UF: 5002 URGENCES		DESTINATAIRE: HILALI, Fouzia	
MALADE: HILALI, Fouzia		N° IMMAT C.N.S.S.:			
NOM JEUNE FILLE: N° IMMAT C.N.S.S.:		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 UNITAIRE	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION DE GENERALISTE 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	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 :				ACOMPTÉ :	
					REMISE :	0.00	REGLE :	98.99	AVOIR :	
					RESTE DU :	0.00				

DATE FACTURE : 03/05/2021		EDITEE LE : 03/05/2021		PAR: BOUNAS		<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	