

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 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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | adhésion@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° W21-631782

77588

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

1803

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Société :

Autre :

RAN

Retraite

JENBALI JOHANNES

12/05/1962

N°12 BLOC 202 DERNIER HOUZIA 1000 Hassan

0661.42.03.58

Total des frais engagés :

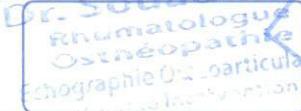
688,76

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : CASABLANCA

Le : 09/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/16/2011 | K10 | 1 | 100 | INP : 11111111111111111111111111111111 Souad FAIZ Radiologie Oncologie Ostéoporose Echographie Radiographie Signature |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | | |
|--|------|---------------------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <p style="text-align: center;">ANALYSES / RADIOPHOTOGRAPHIES</p> | | |
| Hay El Hana - Casablanca | Date | Désignation des Coefficients |
| Hay El Hana - Casablanca | | Montant des Honoraires |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

français
anglais
arabe
chinois
allemand
japonais
italien
espagnol



6 118002 050023

ING Roll-On
py

PPC: 95.00 Dhs

CARTREX® 100mg
20 comprimés pelliculés



6 118000 082736

LOT : 200722

UT AV : 07/2024

PPV : 54,20DH

LOT N° :

LOT: 2104002
FAB: 04/2021
EXP: 04/2024
PPV: 149.00DH



6 111261 530022

LOT: 2104002
FAB: 04/2021
EXP: 04/2024
PPV: 149.00DH



6 111261 530022

وصفة

ORDONNANCE



الإنارة II
INARA II

le 18.06.21

M - JN Aïn Najat

Infection* genc. d.

K₁₀

241,5

Dr. SODAUI MHD
Rhumatologue
Ostéopathie
Echographie ostéopathique
Rhumatologie et ostéopathie

C.N.S.S - INARA

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000



090001520

103

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000
العنوان: 10000 - 10000 - 10000

Intervenant : 46048 DR FAIZ SOUAD RHUMATOLOGIE

FACTURE N° 2102006740

DATE D'ENTREE : 18/06/2021 DATE DE SORTIE : 18/06/2021

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT QUARANTE ET UN DHS ET CINQUANTE SIX CENTIMES

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE :

AVOIR :

RESTE DU: 241.56

DATE FACTURE : 18/06/2021

EDITEE LE 18/06/2021 PAR: SARA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

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

