

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

## Informations 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.

## 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.

## Optique :

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.

## 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

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.

Matricule : 3294 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : NAJEM AHMED

Date de naissance : 01/01/1952

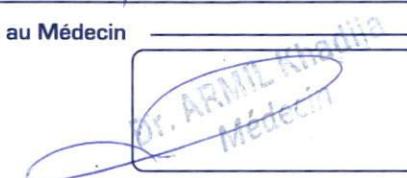
Adresse : HAY ALLAL ou Rue 16 Novembre 8 CP

CASABLANCA

Tél. : 06 32 09 87 67 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : CHERATE NAJAT Age: 61 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : gestation

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 : Le : 29/10/2021

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
21/9/2021	Chirurgie	9	137,80	DR. ARMIL Khadidja Médecin

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. TESSEMA Le joulape jamila 6 04-TA-0522556999	21/9/2021	137,80

## 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
		AM	PC	IM	IV	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux



# وَصْفَةُ

# ORDONNANCE

الإنارة II  
INARA II

le .. 21/01/2021

CHERATE Najat

872

1) *laxiflor*



~~It's a  
spider  
not a fly~~

25

**WESSEMA**  
ulana Jamila 6  
0622556900

27,50

Dr Amin Khadija  
Medecin

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

CLINIQUE C.N.S.S - INARA

-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA

0522-21-30-90 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06

: 0522-50-45-13

E: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



PP :	880049	N° SEJOUR :	210027214	<b>FACTURE N° 2105008124</b>				DATE D'ENTREE : 02/09/2021		DATE DE SORTIE : 02/09/2021			
SURE :													
ALADE : CHERATE,Najat				UF: 5002 URGENCES				DESTINATAIRE : CHERATE,Najat					
OM 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 :		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
								% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00		
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX		AMI	1.50	7.50	11.25					0.00	11.25		
PRODUITS PHARMACEUTIQUES		C144	1.00	1.48	1.48					0.00	1.48		
CLOPRAME 1 AMPOULE INJECTABLE GM		S026	1.00	3.21	3.21					0.00	3.21		
SPASFON 1 AMP INJECT													
FOURNITURES MEDICALES						1.86				0.00	1.86		

Total à reporter					137.80		0.00		0.00		137.80
------------------	--	--	--	--	--------	--	------	--	------	--	--------

N° IPP : 880049 N° SEJOUR : 210027214 FACTURE N° 2105008124 DATE D'ENTREE: 02/09/2021 DATE DE SORTIE: 02/09/2021

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				137.80		0.00		0.00		137.80

Intervenant : M0300004 DR ARMIL KHADIJA GENERALISTE TOTAUX : 137.80 137.80

Arrêtée la présente facture à la somme de : PLAFOND PC : ACOMPTE:

CENT TRENTÉ SEPT DHS ET QUATRE-VINGT CENTIMES REMISE : 0.00 REGLE : 137.80 AVOIR :

RESTE DU: 0.00 ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE FACTURE : 02/09/2021 EDITEE LE : 02/09/2021 PAR: LAKHDI N° DE POLICE : DATE AT :

VISA 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