

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 | : 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.

N° W21-662274

CA
102853

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M221

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MASRIK KARIM

Date de naissance : 21/07/1971

Adresse : Alay General, rue 6 a 645 BIS 107

Tél. : 066 891 4028

Total des frais engagés : 144,09 + 26,10 Dhs

Optique

Autres

Cadre réservé au Médecin

Dr Said RAMI
Polyclinique CNSS INARA
Service des Urgences

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/11/22

Nom et prénom du malade : Z.MRAOUI Fatima Zahra

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 : El Jadida CMN

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/11/22



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
20/01/2023	Consultation	1	146,50	INP : 091118783 Dr Said RAMI Polyclinique CNSS INARA Service des Urgences
21/01/2023	Consultation + pharmacie	1		
22/01/2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TISSIRI Dr. Salma HAJOUI Bd. A.M. 58 Hay Mohammadi, Casablanca Tél. : 0522 12 12 12	26/01/22	216,10

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

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



وصفة ORDONNANCE

الإنارة II
INARA II

le 22/2/22

2 Al Horaat Fatma Zahra

13800

Arcoxa 90 (7)



17 (7)

8000 ceder 20



5310

Relaxol 1500



216,10

PHARMACIE TISSIR II

Dr. Salwa HAJOUH
Bd. A N° 58 Hay Mohammed
Casablanca Tel.: 0522 62 67 01

LOT 121E007V
PER 04/2024
RELAXOL 500MG/2MG
CP 820
P.P.V : 53DH10



6 118000 060033

Dr Said RAMI
Polyclinique CNSS INARA
Service des Urgences



N° IPP :	896302	N° SEJOUR :	220002751	FACTURE N° 2205000987				DATE D'ENTREE : 20/01/2022		DATE DE SORTIE : 20/01/2022	
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE : ZAHRAOUI,Fatimaezzahra				UF: 5002 URGENCES				ZAHRAOUI,Fatimaezzahra			
NOM 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 : NATURE DE PRESTATION		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.											
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX											
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER		AMI	1.50	7.50	11.25					0.00	11.25
PRODUITS PHARMACEUTIQUES											
COLTRAX AMP INJECT		C190	1.00	5.30	5.30					0.00	5.30
PROFENID 2 ML 1 AMP INJECT IM		P067	1.00	5.62	5.62					0.00	5.62
FOURNITURES MEDICALES					1.86					0.00	1.86

Total à reporter

144.03

0.00

0.00

144.03

N° IPP : 896302	N° SEJOUR : 220002751	FACTURE N° 2205000987	DATE D'ENTREE: 20/01/2022	DATE DE SORTIE: 20/01/2022
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				144.03		0.00		0.00		144.03

Intervenant : 46145 DR RAMI SAID	TOTAUX :	144.03							144.03
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
CENT QUARANTE QUATRE DHS ET TROIS CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :	144.03				AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 20/01/2022	EDITEE LE : 20/01/2022	PAR: LAKHDI	<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					