

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.

iologie 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 canalaire, 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 canalaire.

ladie 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 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



Déclaration de Maladie

Nº M21- 0057459

Optique 113593 Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3126

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : 1942

Autre :

Date de naissance :

Adresse : INARA 1 rue 1 n° 1 Casab

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 7/4/2022

Nom et prénom du malade : Ouardi Saber Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Atteint de goutte fribolite

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

~~RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES~~

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Mentant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/04/22	Consultation	100% 100%	100%	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACHOUR Hamid Hazzou Docteur en Pharmacie Mariane Sifri 22 Mars Local 50 Ain check, CASA 522874912/0617228522	21/9/22	325,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

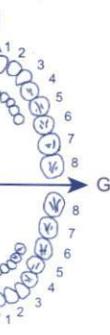
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d

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 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
D				DATE DU DEVIS
B				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة ORDONNANCE

Drmati Rabia

le 7/4/2022

226.00

Esac

6 mg



99.50

Carbonyl sijen



1 g x 24 jours

325.50

PHARMACIE ACIMA AL-INARA
Hamid Hazzaz
Docteur en Pharmacie
Marijane Market Al Inara
AV 2 Mars, Local B6, Ain Chokk CASA
Tél: 05 22 87 49 12/06 11 22 85 22

رجب

8/15

DR. S. MAAOUNI
Hépatogastro-entérologie
INARA

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca
Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

226,00

17/04
26 DH 00

ESAC® 40 mg
éosoméprazole
28 gélules

PROMOPARM S.A.



6 118000 241928



6 111259 970212

CARBOSORB®
Digest

CARBOSORB®
Digest

PPC : 99,50DH

Lot : 315114

À consommer de

préférence avant le : 06/2024



✓ 21.

N° IPP :	905726	N° SEJOUR :	220013782	FACTURE N° 2202004804				DATE D'ENTREE :	07/04/2022	DATE DE SORTIE :	07/04/2022		
ASSURE :								DESTINATAIRE :	OUMATI,Rabia				
MALADE :	UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI												
NOM JEUNE FILLE :	N° IMMAT C.N.S.S :												
TIERS PAYANT 1 :	N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :												
TIERS PAYANT 2 :													
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :											
NATURE DE PRESTATION	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 DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00			
Intervenant : 46171 DR MAAOUNI SALIMA					TOTAUX :	150.00						150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :					PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS					REMISE :	0.00	REGLE :	150.00				AVOIR:	
					RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 07/04/2022 EDITEE LE : 07/04/2022 PAR: HAJAR					<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>								
					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					



DR. S. MAAOUNI
Hepatogastro - entérologie
INARA