

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0003715 Société : 120453

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KACHAL IJJOU

Date de naissance : 1948

Adresse :

Tél. : 02665225306 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL ADNANI Abdessamad
د. العدناي عبد الصمد
Service des Urgences

Date de consultation : / / IXP : 061125217

Nom et prénom du malade : KACHAL IJJOU Age : 1948

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : KACHAL IJJOU

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : KACHAL IJJOU

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 : / /

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
18/06/2014	Consultation	18 x 10	180	Dr. EL ADNANI Abdessamad Service des Urgences INP : 061125217

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PRINCIPALE Bloc U 111 au 111 Séri. 05 22 53 20 53 INPE	18/06/20	13190

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

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

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

Dr. EL ADNANI Abdessamad
د. العدناني عبد الصمد
Service des Urgences
INP : 061125217

le 18/06/2022

KACHAL ITTA

Tanganil® 500 mg
تاجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - 30 قرص

VTE : MA - PPV : 51DH00

728860

6 118001 183340



90,10
Lot :
EXP :
PPV (DH):

LOT 210581
EXP 12/2023
PPV 52.80DH

Dr. EL ADNANI Abdessamad
د. العدناني عبد الصمد
Service des Urgences
INP : 061125217

Boulevard AL Qods , Inara II - Ain Chok - Casablanca

Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06



N° IPP : 914352	N° SEJOUR : 220023665	FACTURE N° 2205006721				DATE D'ENTREE : 18/06/2022		DATE DE SORTIE : 18/06/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : KACHAL W61012,Ijjou		UF: 5002 URGENCES				KACHAL W61012,Ijjou				
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 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 FURILAN 1 AMP INJECTABLE		2.00	3.72	7.44	0.00	7.44			0.00	7.44
FOURNITURES MEDICALES		0.00	8.66	8.66	0.00	8.66			0.00	8.66



Total à reporter

147.35

0.00

0.00

147.35

N° IPP : 914352 N° SEJOUR : 220023665

FACTURE N° 2205006721

DATE D'ENTREE: 18/06/2022 DATE DE SORTIE: 18/06/2022

UF de présence: 5002 URGENCES

NATURE DE PRESTATION

LETTRE
CLE

NOMBRE

PRIX
UNITAIRE

TOTAL

TIERS PAYANT 1

TAUX

TIERS PAYANT 2

TAUX

PART DU MALADE

TAUX

Report page précédente

147.35

0.00

0.00

147.35

Intervenant : 46106 DR EL ADNANI ABDESSAMAD

TOTAUX :

147.35

147.35

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUARANTE SEPT DHS ET TRENTÉ CINQ CENTIMES

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE : 147.35

AVOIR :

RESTE DU: 0.00

DATE FACTURE : 18/06/2022

EDITEE LE : 18/06/2022 PAR: LAKHDI

ACCIDENT DE TRAVAIL:

VISA

N° DE POLICE :

DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

BANQUE : ET AUXILIAIRES DE

BMCE - INARA

N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91

FACULTÉS PHARMACEUTIQUES

FURFAN 1AMP INJECTABLE 0.06

FACULTÉS PHARMACEUTIQUES

FURFAN 1AMP INJECTABLE 0.06

FURFAN 1AMP INJECTABLE 0.06