

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 081766

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 325 Société : Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

SAGHIR MUSTAPHA

Date de naissance :

1939

Adresse :

site INARA I Rue 5 N° 10

Tél. : 06 48 99 80 60

Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

28/06/2022

Nom et prénom du malade :

ESSAGHIR MUSTAPHA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

dermatite atopique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

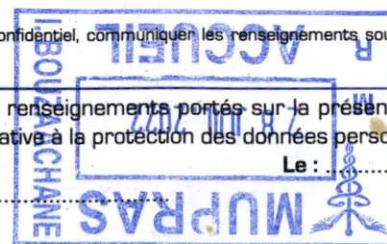
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



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.

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
28.06.22	CS		150,-	SAKHDAD 10/06/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>LAHMA 0, Bd A. Goudi - INPE : 920429 t. : 05 22 52 40 29 0940421</i>	28/6/22	507,12

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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



مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة ORDONNANCE

le 28/06/92

Essayhir Mustapha

1) Se d'aspirine
89.00

1 Bain 1 j

1:5

2) Lipikar Bawne AP
338.00 1 app 1 j - pdt
1 mois

1:5

3) Xyzall
80.10 1 cp 1 j 1c/joir
1607.10

1:5

PHARMACIE LUMIERES
LAHRICHI SARL AU
Boulevard Al Qods, Inara, Ain Chok
Casablanca - INPE : 092040427
Tel. : 05 22 52 40 29

Dr. LAKHDAR
Médecin Pharmacien



POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA

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

RDV : 0522-50-45-13

INPE: 090001520 ICE: 001757364999990 TF: 1802058



N° IPP : 625369	N° SEJOUR : 220025052	FACTURE N° 2202008524				DATE D'ENTREE : 28/06/2022		DATE DE SORTIE : 28/06/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ESSAGHIR, Mustapha		
MALADE : ESSAGHIR, Mustapha		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 : M0300007 DR LAKHDAR NAWAL PNEUMOMLOGUE	TOTAUX : 150.00	150.00	150.00	150.00	150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de PLAFOND PC : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC : 150.00	ACOMPTE : 0.00	ACOMPTE : 0.00	ACOMPTE : 0.00	ACOMPTE : 0.00
150.00 REMISE : 0.00 AVOIR : 0.00 RÉGLE : 150.00	150.00 REMISE : 0.00 AVOIR : 0.00 RÉGLE : 150.00	150.00	150.00	150.00	150.00
0.00 RESTE DU : 0.00	0.00 RESTE DU : 0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
DATE FACTURE : 28/06/2022 PAR : KAABAD	DATE AT : 28/06/2022 PAR : KAABAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :	ACCIDENT DE TRAVAIL :	DATE AT :	DATE AT :
N° DE POLICE : 011.780.0000	N° DE POLICE : 011.780.0000	DATE AT :	DATE AT :	DATE AT :	DATE AT :
Reglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA	Reglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA	Reglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA	Reglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA	Reglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA	Reglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
BMCE - INARA BANQUE	BMCE - INARA BANQUE	BMCE - INARA BANQUE	BMCE - INARA BANQUE	BMCE - INARA BANQUE	BMCE - INARA BANQUE
011.780.0000 N° compte bancaire : 011.780.0000	011.780.0000 N° compte bancaire : 011.780.0000	011.780.0000 N° compte bancaire : 011.780.0000	011.780.0000 N° compte bancaire : 011.780.0000	011.780.0000 N° compte bancaire : 011.780.0000	011.780.0000 N° compte bancaire : 011.780.0000