

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-691704

128209



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1620

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SELLANI FATOUMA

Date de naissance :

1950

Adresse :

Rue 5 n° 42 Icône 2 casee

Tél. :

665251557

Total des frais engagés :

216,58

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

30/07/2022
FATOUMA Sellani

Age :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

HFA + Vom

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/09/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
30/11/2017	4			INP : 091118703 Dr Said RAMI Polyvalente CNSI INARA Service des Urgences
X/2	4			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAIFA	30/11/2017	1580
Ediar El Jadida Rue 25 N° 122 Ain Chock - Casablanca		I.N.P.E: 092103399

ANALYSES - RADIGRAPHIES

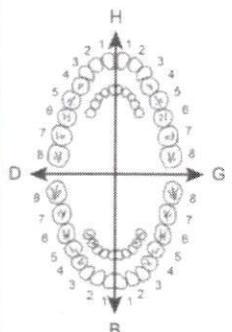
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

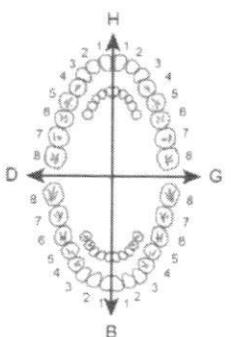
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHESIF

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة ORDONNANCE

PHARMACIE HAIFA
Ediar El Jackia Rue 15 N° 122
Ain Chock - Casablanca

le 30/12/22

32.80

Peridys

20.00

opra 20 (7)

22.00

Cedol

1 - 1 -

S.V

S.V

S.V

= 74.80

Dr Said RAMI
Polyclinique CNSS INARA
Service des Urgences





090001520

N° IPP :	890081	N° SEJOUR :	220029674	FACTURE N° 2205008985				DATE D'ENTREE :	30/07/2022	DATE DE SORTIE :	30/07/2022	
ASSURE :								DESTINATAIRE :				
MALADE :	SELLAMI, Fatouma				UF:	5002 URGENCES						
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 :	REF. PC 2 :	NATURE DE PRESTATION	LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
	CLE		x COEF	UNITAIRE	% / Dh		MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.	CN	1.00	120.00	120.00						0.00	120.00	
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)												
PRODUITS PHARMACEUTIQUES	C144	1.00	1.48	1.48						0.00	1.48	
CLOPRAIME 1 AMPOULE INJECTABLE GM	N104	1.00	9.61	9.61						0.00	9.61	
NICARDIPINE AGUETTANT 10MG/10ML												
FOURNITURES MEDICALES					10.69					0.00	10.69	

Intervenant : 46145 DR RAMI SAID		TOTALS :		141.78						141.78
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CENT QUARANTE ET UN DHS ET SOIXANTE DIX-HUIT CENTIMES				REMISE :	0.00	REGLE :	141.78		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 30/07/2022		EDITEE LE : 30/07/2022		PAR: HAFID		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						DATE AT :				
						N° DE POLICE :				
						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				