

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

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

13/09/2

Déclaration de Maladie : N° S19-0051751

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 963	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SARBAZ ZAHRA		Date de naissance : 01/01/52	
Adresse :			
Tél. : 2168		Total des frais engagés : 690,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

ACCUEIL	DOSSIER	PHARMACIE	DOCTEUR
RECEPTION	REGISTRE	PHARMACIE	DOCTEUR
ACCUEIL	DOSSIER	PHARMACIE	DOCTEUR
RECEPTION	REGISTRE	PHARMACIE	DOCTEUR
Date de consultation : 20/10/2014			
Nom et prénom du malade : SARBAZ ZAHRA			
Lien de parenté : Conjoint			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Guérise de l'œil			
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 : **CASABLANCA** Le : **01/11/2014**

Signature de l'adhérent(e) : **zahra**

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
30/10/22	102	115	427,60 DH	Docteur Latifa RAFAÏ MEDICO URGENTISTE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formulateur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE - CASABLANCA 221021	30/10/22	102,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/10/22	215	150 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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
				<input type="text"/>



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة ORDONNANCE

SABRAZ le 30/10/2022
22,00

- Cedol ZARINA ch S.R. 22,00

34,00 10/03/2023

- Robic 15ug/100ml 10/03/2023

34,00 10/03/2023

- OLEOZ 8 10/03/2023

34,00 10/03/2023

Latifa RABAT 6118001480012

IN CHOCK - 22506511

PPV: 34 DH 40
PER: 01/25
LOT: L119-1

OLEDI® 20 mg, comprimés gastro-résistants. Boîte de 7
PPV: 46 DH 00
AMM N° 1B620/05/21/TR/DMP/AW/02



Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca

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



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة ORDONNANCE

SAB 8712 74014.

20/10/2020

Dr Ben Ali

Dr Latifa RABAI
Médecin Libérandiste
Docteur Latifa RABAI



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 30/10/22

NOM & PRENOM : SABBAR ZAHRA

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : RX POIGNET G F/P

- Absence de lésion traumatique visible.
- Intégrité des interlignes articulaires

DR:

Dr. Ouafae KCHIOUCHA
Médecin Radiologue
Polyclinique CNSS - INARA
INPE. 091036269

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: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 512776 N° SEJOUR : 220042930

FACTURE N° 2203016660

DATE D'ENTREE : 30/10/2022 DATE DE SORTIE : 30/10/2022

ASSURE :

UF: 5003 RADIOLOGIE

DESTINATAIRE :

MALADE : SABBAR,Zahra

SABBAR,Zahra

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

N° IMMAT C.N.S.S. :

TIERS PAYANT 2 :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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
ACTES DE RADIOLOGIE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE										

Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO DE RADIOLOGUES (RADIOLOGIE)	TOTAUX :	150.00							150.00
---	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE : 150.00

AVOIR :

RESTE DU: 0.00

DATE FACTURE : 30/10/2022 EDITEE LE : 30/10/2022 PAR: KAABAD

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :



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

BMCE - INARA

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



N° IPP : 512776	N° SEJOUR : 220042931	FACTURE N° 2205013111			DATE D'ENTREE : 30/10/2022		DATE DE SORTIE : 30/10/2022			
ASSURE :					DESTINATAIRE :		SABBAR,Zahra			
MALADE : SABBAR,Zahra		UF: 5002 URGENCES			N° IMMAT C.N.S.S. :					
NOM JEUNE FILLE :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :					
TIERS PAYANT 1 :										
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
AUTRES ACTES COTES EN K									0.00	337.50
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	15.00	22.50	337.50						
FOURNITURES MEDICALES				90.10					0.00	90.10

Intervenant : 10262 DR RAFAI LATIFA (MEDECINE GENERALE)		TOTAUX : 427.60								427.60	
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT VINGT SEPT DHS ET SOIXANTE CENTIMES				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
		REMISE : 0.00		REGLE : 427.60						AVOIR:	
		RESTE DU: 0.00									
DATE FACTURE : 30/10/2022		EDITEE LE : 30/10/2022		PAR: KAABAD		<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>				DATE AT :	
VISA						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					

