

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° S19-0051751

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 963 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SABBAG ZAHRA Date de naissance : 01/01/52
Adresse :
Tél. : 2168 Total des frais engagés : 680,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/10/2022

Nom et prénom du malade : SABBAG ZAHRA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 01/11/22

Signature de l'adhérent(e) :

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

RELEVÉ 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

30/10/2022		185	427,60 DH	Docteur Latifa RARAI MÉTÉCEN URGENTISTE
------------	--	-----	-----------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

30/10/22	102,40
----------	--------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

30/10/22	Z 15	150 DH
----------	------	--------

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

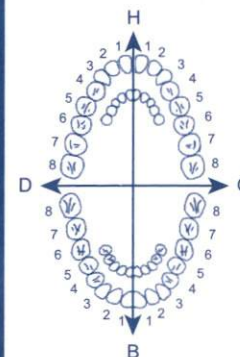
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

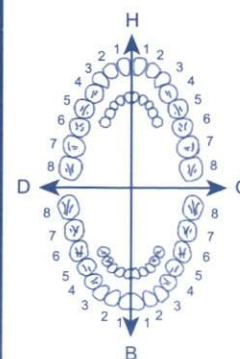
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

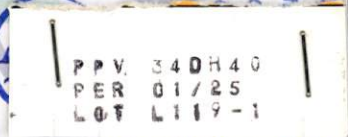
INARA II

وصفة ORDONNANCE

SARRAR le 30/10/2022
2400
- Cedol ch (S.F.)



344.40
- Probic 15mg ch
a 2h d'aprem le repas



46,00
- OLEDiZ 8
multivitaminisé





POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة ORDONNANCE

SARAH ZAURA.
30/10/2022
F2 per 16 ml

Docteur Latifa RAKAI
Médecin Urgentiste



Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca

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

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 N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : SABBAR,Zahra							
MALADE : SABBAR,Zahra											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
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											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

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		<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :					
				Réglement 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					



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 : 220042931	FACTURE N° 2205013111		DATE D'ENTREE : 30/10/2022		DATE DE SORTIE : 30/10/2022				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : SABBAR,Zahra		UF: 5002 URGENCES		SABBAR,Zahra						
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
AUTRES ACTES COTES EN K ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	15.00	22.50	337.50					0.00	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	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Réglement 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			