

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° P19-0020203

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1373 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MARYAM Date de naissance : 1980
Adresse : ENA 250 - DRAH
Tél : 0633533001 Total des frais engagés : 150,00 G.S. 22 / 10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Said RAM
Polyclinique CNSS INARA
Service des Urgences

Date de consultation : 18 / 11 / 22
Nom et prénom du malade : MARYAM Sultan Age : 42 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Tranchée de canal gauche
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 : DRAH Le : 22 / 11 / 22
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 16/11/22 | C | | 150,68 | Dr Said RAMI Polyclinique CNSS INARA Service des Urgences |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie ALOUATI Bd. Fouarat, Hay Mohammadi Casablanca Tél: 0522 60 16 75 | 18/11/22 | 69,12 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 18/11/22 | Z 15 | 150 DH |

AUXILIAIRES MEDICAUX

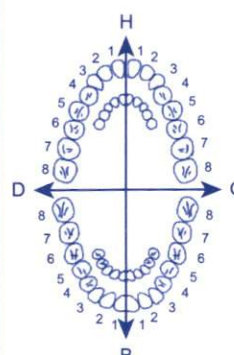
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | 18/11/22 | | | | | 60 |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

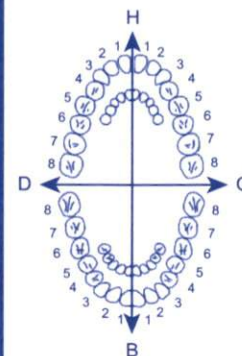
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة ORDONNANCE

54160

Pharmacie ALOUATI
Bd. Fouarat, Hay Mohammadi
Casablanca
Tél: 0522 60 16 75

le 18 / 11 / 22

Mararz Sultan

54.60 Ne final 7,5
ny Nah el

S.V



EXP: 14/50
LOT N°:

adst 20 (7)
rpe

14.60 Bu dol 1000 cph

S.V

601 Eclairage d'incubation
de centre de garde x 15

VERSE MEDICAL
Moroccan Medical Casablanca
Tél: 0522 63 05 56

69.10
601

Dr Said RAMI
Polyclinique CNSS INARA
Service des Urgences



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة ORDONNANCE

le 18-11-22

Nararg Sultan

Rx Cor de gauche no file
faible et tension



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE
Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler
COMPTE RENDU

DATE : 18/11/22

NOM & PRENOM : MARARY SULTAN
MEDCIN TRAITANT :
EXAMEN : RX COUDE G F/P

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

DR:

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

UNIVERSEL MEDICAL s.r.l.

We care

Matériel et Mobilier Medico-Technico-Chirurgical
Paramédical - Parapharmacie - Import - Export

Facturen°202200000000438

MARARY SULTANE

Casablanca

Date 18/11/2022

| Qté | DESIGNATION | Prix Uni. | %REM | %TVA | TOTAL |
|-----|-------------|------------|--------|------|-------|
| 1 | ECHARPPE | 50,00 | | 20% | 50,00 |
| | | TOTAL H.T. | | | 50,00 |
| | | T.V.A. | 7,00% | | |
| | | T.V.A. | 14,00% | | |
| | | T.V.A. | 20,00% | | 10,00 |
| | | TOTAL TTC | | | 60,00 |

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 : | 933709 | N° SEJOUR : | 220045940 | FACTURE N° 2203017873 | | DATE D'ENTREE : 18/11/2022 | | DATE DE SORTIE : 18/11/2022 | | | |
| ASSURE : | | | | DESTINATAIRE : MARARY, Sultan | | | | | | | |
| MALADE : MARARY, Sultan | | | | | | | | | | | |
| NOM JEUNE FILLE : | | | | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 1 : | | | | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 2 : | | | | N° IMMAT C.N.S.S : | | | | | | | |
| REF. PC 1 : | | | | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : | | | | | | | |
| REF. PC 2 : | | | | N° SE. SOC. ETRANG. : | | | | | | | |
| NATURE DE PRESTATION | | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT | | TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT | | PART DU MALADE % / 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 : | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE: | |
| CENT CINQUANTE DHS | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 150.00 | | AVOIR : | |
| | | RESTE DU: | 0.00 | | | | | |
| DATE FACTURE : 18/11/2022 | EDITEE LE : 18/11/2022 | PAR: KAABAD | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | |
| VISA | | | N° DE POLICE : | | DATE AT : | | | |
| | | 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 | | | | |

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 : 933709 | | N° SEJOUR : 220045942 | | FACTURE N° 2205013892 | | DATE D'ENTREE : 18/11/2022 | | DATE DE SORTIE : 18/11/2022 | | | |
| ASSURE : | | | | UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. : | | DESTINATAIRE : MARARY,Sultan | | | | | |
| MALADE : MARARY,Sultan | | | | | | | | | | | |
| 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 % / Dh MONTANT | | TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT | | PART DU MALADE % / 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 METHYLPREDNISOLONE MERCK 40MG INJ X1 AMP | | M187 | 1.00 | 18.50 | 18.50 | | | | | 0.00 | 18.50 |
| FOURNITURES MEDICALES | | | | | 0.93 | | | | | 0.00 | 0.93 |



| | | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--------|--|------|--|------|--|--------|
| Total à reporter | | | | 150.68 | | 0.00 | | 0.00 | | 150.68 |
|------------------|--|--|--|--------|--|------|--|------|--|--------|

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|---------------------------|--|----------------------------|--|
| N° IPP : 933709 | | N° SEJOUR : 220045942 | | FACTURE N° 2205013892 | | DATE D'ENTREE: 18/11/2022 | | DATE DE SORTIE: 18/11/2022 | |
| UF de présence: 5002 URGENCES | | | | | | | | | |

| NATURE DE PRESTATION | LETTRE CLE | NOMBRE | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | |
|------------------------|---------------|--------|------------------|--------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|
| | | | | | TAUX | MONTANT | TAUX | MONTANT | TAUX | MONTANT |
| Report page précédente | | | | 150.68 | | 0.00 | | 0.00 | | 150.68 |

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|----------|--|--------|--|--|--|--|--------|
| Intervenant : 46145 DR RAMI SAID | | | | TOTAUX : | | 150.68 | | | | | 150.68 |
|----------------------------------|--|--|--|----------|--|--------|--|--|--|--|--------|

| | | | | | | | | |
|---|--------------|------|---------|--------|--|--|----------|--|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS ET SOIXANTE HUIT CENTIMES | PLAFOND PC : | | | | | | ACOMPTE: | |
| | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 150.68 | | | AVOIR : | |
| | RESTE DU: | 0.00 | | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------|------------------------|-------------|---|--|--|
| DATE FACTURE : 18/11/2022 | EDITEE LE : 18/11/2022 | PAR: KAABAD | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | |
| VISA | | | N° DE POLICE : | | |
| | | | DATE AT : | | |
| | | | 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 | | |