

# 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

- Reclamation : 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.

146593

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1620

Actif

Pensionné(e)

Société :

Autre : Nevve

Nom & Prénom : SELLANI FATOUMA

Date de naissance : 1950

Adresse : Rue 5 n° 62 Tiznit 2. lesoor

Tél. : 06 65 25 15 57 Total des frais engagés : 343,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/12/22

Nom et prénom du malade : SELLANI Fatouma Age : A. AARIZA

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Conjugal

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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 : Casa

Le : 25/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

#### **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
27/02/2024	Consultation	1	128,40	Dr Said RAMI Polyclinique CNSS INARA Service des Urgences
28/02/2024	Consultation	1		
29/02/2024	Consultation	1		

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
                                     <img alt="Handwritten signature over a stamp reading 'T 22-50-65 10/06 22-21-02'		

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

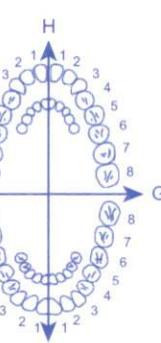
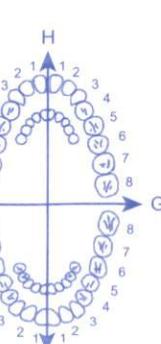
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الدمام  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

# وصفة

## ORDONNANCE

le 12 / 12 / 22

SECCANE Fatima

51,00

Tanypamil

S.A.S

79,50

Carsonal

Darst

A.S

84,50

2g

Nah

Zetralas

1 tube

3 fioles

par voie rectale

I = 215,00



PHARMACIE CHARM CHEIKH SARAH  
N°60010542-AVAL QODS  
AIN CHOK - CASABLANCA  
TEL:05 22 50 65 10 / 06 22 21 02 18

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca  
Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

Tanganil® 500 mg  
تاجانيل® 500 ملغ  
30 comprimés - قرص 30  
VTE: MA - PPV: 51DH00

728860



6 118001 183340

Lot : 028  
À utiliser de  
préférence avant le : 04/2027

PPC : 84,50 DH

LOT: 220615  
PER: 08/2026  
PPC: 79,50DH

**CARBOSORB®**  
Transit

## POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

Bd EI-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 :	937760	N° SEJOUR :	220050466	<b>FACTURE N° 2205015456</b>				DATE D'ENTREE :	17/12/2022	DATE DE SORTIE :	17/12/2022
ASSURE :								DESTINATAIRE :	SELLAMI,Fatouma		
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 :											
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	
<b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b>										0.00	120.00
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00							
<b>ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX</b>											
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	0.60	7.50	4.50						0.00	4.50
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>					3.90					0.00	3.90

Intervenant : 46145 DR RAMI SAID	TOTAUX :	128.40								128.40
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CENT VINGT HUIT DHS ET QUARANTE CENTIMES				REMISE :	0.00	REGLE :	128.40		AVOIR:	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 17/12/2022	EDITEE LE : 17/12/2022	PAR: KAABAD	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
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										

