

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.

M22- 0053658

162660

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1649

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AKKATENE

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : Lohrment Zahrue Rue 8 u 1 Ain Chok casq

Tél : 066 716 4605

Total des frais engagés : . Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Said RAMI
Polyclinique CNSS INARA
Service des Urgences

Date de consultation : 30.04.2023

Nom et prénom du malade : NASSERA ZANGA SH. Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 29 MAI 2023

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 : Casab

Le : 08/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
30/04/2014	CC		149,50	Dr Sadi RAMI Polyclinique CNSS INARA Centre des Urgences
23/04/2014				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHARM CHEIKH Dr BIANI Abdelfatah N°600 LOTS RANIERE 2 AV AL QODS AIN CHOCK CASABLANCA GSM 0663 43 37 47 FIX 0808 57 16 78	2023-01-10	252,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) with 12 numbered teeth. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right. A vertical line passes through the center of the arch, with the letter 'B' at the bottom. The teeth are numbered as follows: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5. The numbers 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5 are placed to the left of the vertical line, and 8, 7 are placed to the right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISAGE ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة

ORDONNANCE

PHARMACIE CHARM CHEIKH SARL
Dr DIANI Abdelfatah
N°600 LOTS HAMRA 2 AV AL QODS
AIN CHOCK - CASABLANCA
GSAT 0563 42 37 47 - FIX 0508 57 16 **

le 30 / 9 / 23

123,60



Ihexicon 40 (1a)

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair brou al nouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg
Boite 14 Cpr GR
641750DMP21NRO P.P.V:123,60 DH
6 118001 020607

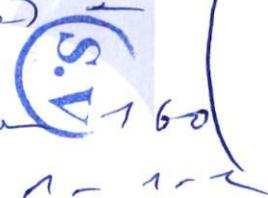
30,50

Argo



98,80

Néofortan



NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 09/2025
LOT 280576

252,90

Dr Said RAMI
Polyclinique CNSS INARA
Service des Urgences



LOT : 5444
UT.AV : 12 - 25
P.P.V : 30DH50

ARGO®

Alginate de sodium/Bicarbonate de sodium

250 ml

Suspension
buvable
Voie orale



N° IPP :	955684	N° SEJOUR :	230017632	FACTURE N° 2305005161				DATE D'ENTREE :	30/04/2023	DATE DE SORTIE :	30/04/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :	ZOUGAGH,Nassera		
MALADE :	ZOUGAGH,Nassera				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	
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	0.60	7.50	4.50					0.00	4.50	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES											
PANTOPRAZOL 40 MG INJ	P600	1.00	24.08	24.08					0.00	24.08	
FOURNITURES MEDICALES				0.93					0.00	0.93	

Total à reporter

149.51

0.00

0.00

149.51

N° IPP : 955684	N° SEJOUR : 230017632	FACTURE N° 2305005161				DATE D'ENTREE: 30/04/2023 DATE DE SORTIE: 30/04/2023			
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				149.51		0.00		0.00		149.51

Intervenant : 46145 DR RAMI SAID	TOTAUX :	149.51							149.51
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
CENT QUARANTE NEUF DHS ET CINQUANTE ET UN CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :	149.51				AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 30/04/2023	EDITEE LE : 30/04/2023	PAR: HAFID	<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					

