

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0021253

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	3216	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ND
Nom & Prénom :		ABD RLM 81D TAYAB	
Date de naissance :		04 - 08 - 1953	
Adresse :		Derb Foukara RUE 5 N° 104 casa	
Tél. :	5661361373	Total des frais engagés :	240,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

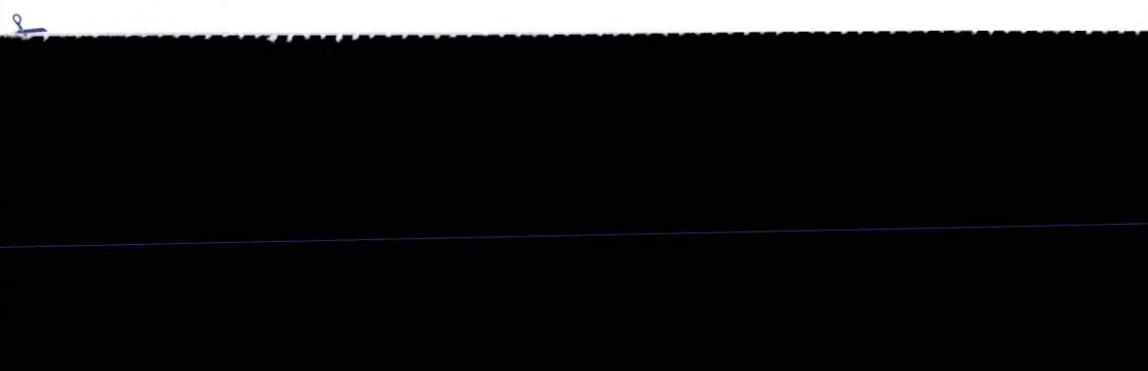
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	Age :	
Nom et prénom du malade :	A Y / 1174 D Mich		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	CAT 2		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/07/23	G		80 DHS	Latifa M DENTISTE
07/07/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/07/23	Z16	160 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

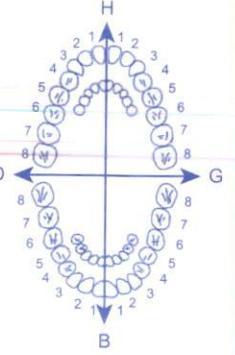
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraire
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, 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
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE

26/02/2003
Ahmed Driss
le

Djmel Fazal

Dr BEN BOUZIAD
RADIOLOGUE
INPE 091021

Dr BEN BOUZIAD
INPE 091021
Tél : 0522 21 30 90



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 :	967259	N° SEJOUR :	230031161	FACTURE N° 2305009363			DATE D'ENTREE :	26/07/2023	DATE DE SORTIE :	26/07/2023
ASSURE :							DESTINATAIRE :			
MALADE :	AHMAD,Aicha			UF:	5002 URGENCES	AHMAD,Aicha				
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.	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00

Intervenant :	10262 DR RAFAI LATIFA (MEDECINE GENERALE)	TOTAUX :	80.00							80.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
QUATRE-VINGT DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	80.00		AVOIR :		
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE :	26/07/2023	EDITEE LE :	26/07/2023	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 EI-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA

Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06

RDV : 0522-50-45-13

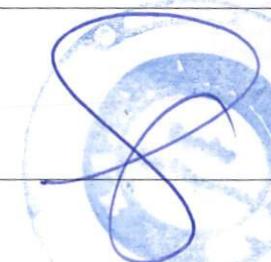
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



090001520

N° IPP :	967259	N° SEJOUR :	230031159	FACTURE N° 2303012296				DATE D'ENTREE :	26/07/2023	DATE DE SORTIE :	26/07/2023			
ASSURE :								DESTINATAIRE :						
MALADE :	AHMAD,Aicha				UF:	5003 RADIOLOGIE				AHMAD,Aicha				
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :									
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :									
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :									
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		Z		16.00	10.00	160.00						0.00	160.00	

Intervenant :	46085 DR BENBOUZID ABDELJALIL	TOTAUX :	160.00									160.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
CENT SOIXANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	160.00					AVOIR:	
				RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE : 26/07/2023 EDITÉE LE : 26/07/2023 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				



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 26/07/23

NOM & PRENOM : AHMAD AICHA

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : RX POUMON

- ❖ Absence de lésion pleuro - parenchymateuse d'allure évolutive.
- ❖ Silhouette cardio- mediastinale normale.
- ❖ Pas d'anomalie du cadre osseux.

CONCLUSION

Image thoracique normale.

DR

DENNANI Wafa
Radiologue
091030445