

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.

N° M21- 0026512

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

187466 Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2027 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JADDOUAL MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL ADNANI Abdessamad
العذاني عبد الصمد
Service des Urgences
061125217

Date de consultation : 10/11/2023

Nom et prénom du malade : JADDOUAL MOHAMED Age : 1974

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/01/2017	Dr. ELADNANI Abdessamad Service des Urgences	061125211	150000	Dr. ELADNANI Abdessamad Service des Urgences 061125211

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE FAMILIALE INARA SARL AU Hay Mly Abdellah Rue 187 Tel: 0529 294 850	10/11/23	200.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the diagonal axis labeled 'B' at the bottom right. The teeth are represented by small circles with numbers, and the arch is shown in a perspective view.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 14DH00
PER: 09/26
LOT: M2945

LOT: M23050
EXP: FEV 2027
PPV: 66,80 DH

وصفة
ORDONNANCE

Dr. EL ADNANI Abdessamad
د. العدناني عبد الصمد
Service des Urgences
INP: 061125217

le 10 / 11 / 2021

R. Hammed

جج. 36

• Négozan 160 mg

S.V

• AR 25 mg 3 fois

S.V

• Négozan 20 mg

RAOT (1-1)

• Doliprane 80 mg

SN

• 3 fois

Dr. EL ADNANI Abdessamad
د. العدناني عبد الصمد
Service des Urgences
INP: 061125217

PHARMACIE FAMILIALE INARA
SARL AU
Hab. Mly. Abdellah Rue 187
B15 Casa - Tél: 0522 294 850

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

ضمان
CNSS

POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة

ORDONNANCE

Dr. EL ADNANI Abdessamad
د. العدناني عبد الصمد
Service des Urgences
INR: 061125217

le 10/11/2013

T Maaf Ahmed

- Dosage Acid urique
- Ure - urée
- Chol.
- ECG + antibio

Dr. EL ADNANI Abdessamad
د. العدناني عبد الصمد
Service des Urgences
INR: 061125217



Boulevard AL Qods , Inara II - Ain Chok - Casablanca

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



N° IPP :	982741	N° SEJOUR :	230048928	FACTURE N° 2305014837				DATE D'ENTREE : 10/11/2023 DATE DE SORTIE : 10/11/2023				
ASSURE :								DESTINATAIRE :				
MALADE : JADOUAL, Mohamed				UF: 5002 URGENCES				JADOUAL, Mohamed				
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
CONSULTATION DE MEDECIN.												
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES												
METHYLPREDNISOLONE MERCK 120MG INJ X 1AM		M197	1.00	34.45	34.45					0.00	34.45	
PROFENID 2 ML 1 AMP INJECT IM		P067	1.00	5.96	5.96					0.00	5.96	
FOURNITURES MEDICALES					34.40					0.00	34.40	

Intervenant : 46106 DR EL ADNANI ABDESSAMAD				TOTAUX :	194.81						194.81
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
CENT QUATRE-VINGT QUATORZE DHS ET QUATRE-VINGT ET UN CENTIMES				REMISE :	0.00	REGLE :	194.81			AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 10/11/2023				ACCIDENT DE TRAVAIL :							
EDITEE LE : 10/11/2023 PAR: AITALI				N° DE POLICE :							
VISA				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							

