

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

7375

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

WAHBI MOHAMED

Date de naissance :

01/10/1967

Adresse :

Habituelle

Tél. :

0663111743

Total des frais engagés : 120+111,50 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

11/11/23

Nom et prénom du malade :

problème digestif

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

WAHBI Sara

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 10/10/2024

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
<i>A1</i>	<i>a</i>	<i>2</i>	<i>120,00</i>	<i>INP : 091118703</i>
<i>M</i>	<i>(</i>	<i>1</i>		
<i>23</i>	<i>)</i>	<i>1</i>		

*Dr Said RAMI
Polyclinique CNSS INARA
Service des Urgences*

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date
11/11/23

Montant de la Facture
111,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Cœfficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM	PC	IM	IV
----	----	----	----

Montant détaillé des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

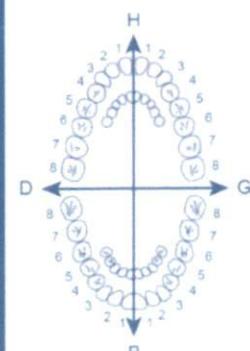
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				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
<input type="checkbox"/>	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

وصفة

ORDONNANCE

le 11/11/23 .

WATHBI Saïd
(AS)

DT. R

Sympt

1er AS³

DT/SD

Indication sympt

en + 3

DT. R

Kaleejaz

AS

10gts +

Lot : 230561
A consommer de préférence avant le : 07/2026
PPC: 84,00 DH

N°21, Casablanca - Tel: 0522 55 73 99
Doktore Al-Ainra Polyclinique
Ismaili Mohamed ARRAZI
PHARMACIE ADDAMAN CSA

Dr Said RAMI,
Polyclinique CNSS INARA
Service des Urgences

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

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 :	982804	N° SEJOUR :	230049001	FACTURE N° 2305014884				DATE D'ENTREE :	11/11/2023	DATE DE SORTIE :	11/11/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :	WAHBI,Sara		
MALADE :	WAHBI,Sara				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.	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	

Intervenant : 46145 DR RAMI SAID				TOTAUX :	120.00					120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	120.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 11/11/2023 EDITEE LE : 11/11/2023 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						

