

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0015427

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3126 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 198486

Nom & Prénom : Nouji Rachid

Date de naissance : 1982

Adresse : INARA I Rue I No I Casa

Tél. 06 23 24 98 22 Total des frais engagés : 149,69 + 177 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/2/24

Nom et prénom du malade : Ounait Rasia Age : 73

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : 02/03/2024

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0015427

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3126

Nom de l'adhérent(e) : 149,69 + 177

Total des frais engagés : Nouji Rachid

Date de dépôt :

RELEVÉ 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
18/02/24	C		1197,65	Dr Said RAMI Polyclinique CNSS INARA Service des Urgences

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE BOULEVARD
89 Bis, Rue Lot Mahab
Casablanca Tel: 0522
18/02/24 177,2

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 des Honoraires AM PC IM IV

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

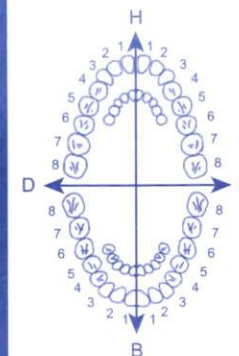
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة ORDONNANCE

ORDAIT Rabia

le 18/11/24

173,60

Inexum 40 / 14

30,150

Arge

92,90

maritica

177,70 1/2 h act 8 3/4

SYNTHEMEDIC
22 rue Souhait Benou al Aouam Roches
noires casablanca
INEXUM
40 mg
Boîte 14
Cpr GR
641750MPZINARO P.P.V.: 123,60 DH
118001
020907

LOT : 6467
PER : 08-26
P.P.V : 30DH 50

LOT: 8572
PER: 11-25
P.P.V : 22DH90

صيدلية شارع الدوحة
PHARMACIE BOULEVARD DOHA
89 Bis. Rue 2. Lot. Marjane, Ain Chok
Casablanca - Tél.: 0522 50 15 30

Dr. Said RAMI
Polyclinique CNSS INARA
Service des Urgences



عصبة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

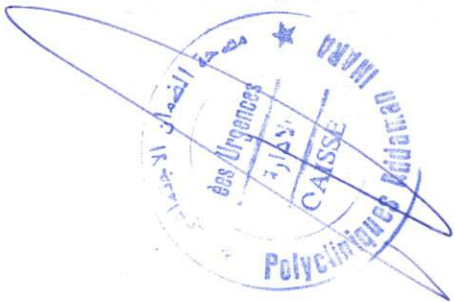
INARA II

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 : 996751	N° SEJOUR : 240008528	FACTURE N° 2405002708	DATE D'ENTREE : 18/02/2024	DATE DE SORTIE : 18/02/2024
ASSURE :			DESTINATAIRE : OUMATI,Rabia	
MALADE : OUMATI,Rabia				
NOM JEUNE FILLE :				
TIERS PAYANT 1 :		UF: 5002 URGENCES		
TIERS PAYANT 2 :		N° IMMAT C.N.S.S. :		
REF. PC 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :		
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	0.50	7.50	3.75					0.00	3.75
PRODUITS PHARMACEUTIQUES PANTOPRAZOL 40 MG INJ	P600	1.00	24.08	24.08					0.00	24.08
FOURNITURES MEDICALES				1.86					0.00	1.86



Total à reporter				149.69		0.00		0.00		149.69
------------------	--	--	--	--------	--	------	--	------	--	--------

N° IPP : 996751	N° SEJOUR : 240008528	FACTURE N° 2405002708	DATE D'ENTREE: 18/02/2024	DATE DE SORTIE: 18/02/2024
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				149.69		0.00		0.00		149.69

Intervenant : 46145 DR RAMI SAID	TOTAUX :	149.69						149.69				
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE:					
CENT QUARANTE NEUF DHS ET SOIXANTE NEUF CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE :	149.69		AVOIR :					
		RESTE DU:	0.00									
DATE FACTURE : 18/02/2024	EDITEE LE : 18/02/2024	PAR: AITALI	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								

