

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

M22- 0015427

couvert

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	3126	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	A 9886
Nom & Prénom :		Roujiji	
Date de naissance :		1942	
Adresse :		INARA I Rue I N° I casa	
Tél. :		06.23.24.88.22	Total des frais engagés : 149,69 + 177 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08.01.24

Nom et prénom du malade : ALLAAT Radia Age: 73

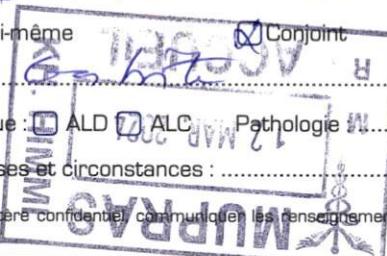
Lien de parenté :

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 : 02.03.2021

Signature de l'adhérent(e) : CH

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 : Noujed

Date de dépôt :

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
16/02/2024	G			Dr Said RAMI Polyclinique CNSS INRA Service des Urgences

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BOULEVARD 89 Bis, Rue Lot. Madina Casablanca Tel. 0524 181 284	18/02/2024	177,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

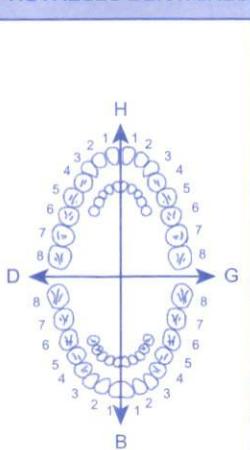
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[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

oncure Rania ,
le 28/2/24

6 118001 020507
B1150MP21A00 P.P.V:123,60DH
Boite 14 CIPGR
0 mg INEXTRUM
SYNTHEMEDIC
22 mg souper pour la souvenance
notres casablanca

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

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

صيدلانية شارع الدوحة
PHARMACIE BOULEVARD DOHA
89 Bis, Rue 2, Lot. Mabrouk, Ain Chok
Casablanca - Tel.: 0522 50 15 20

Dr Aïad 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 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 :

MALADE : OUMATI,Rabia

OUMATI,Rabia

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

UF: 5002 URGENCES

TIERS PAYANT 2 :

N° IMMAT C.N.S.S :

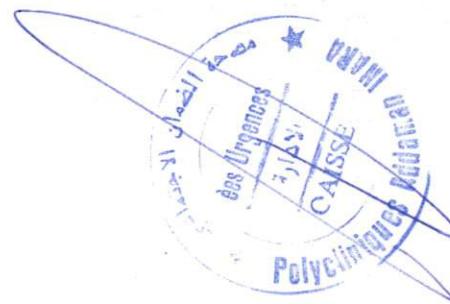
REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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

<i>Intervenant :</i>	46145 DR RAMI SAID	<i>TOTAUX :</i>	149.69							149.69
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	CENT QUARANTE NEUF DHS ET SOIXANTE NEUF CENTIMES	<i>PLAFOND PC :</i>							<i>ACOMPTE :</i>	
		<i>REMISE :</i>	0.00	<i>REGLE :</i>	149.69				<i>AVOIR :</i>	
		<i>RESTE DU:</i>	0.00							
<i>DATE FACTURE :</i>	18/02/2024	<i>EDITEE LE :</i>	18/02/2024	<i>PAR:</i>	AITALI	<i>ACCIDENT DE TRAVAIL :</i>				
<i>VISA</i>						<i>N° DE POLICE :</i>			<i>DATE AT :</i>	
						<i>Règlement à effectuer à l'ordre de :</i>	POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA			
						<i>BANQUE :</i>	BMCE - INARA			
						<i>N° compte bancaire :</i>	011.780.0000 54 210 00 60 016 91			

Service des Urgences
CAISSE POLYCHIROPÉDIQUE