

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème 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



88378

Déclaration de Maladie : N° S19-0004916

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11049 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KARROUN: Youssef Date de naissance : 02/11/68

Adresse :

Tél. : 0669 90 28 02 Total des frais engagés : 327,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Saïd RAMI
Service des Urgences
Polyclinique CNSS Inara

Date de consultation : 8 / 10 / 21

Nom et prénom du malade : KARROUN Omar Age :

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

Nature de la maladie : Traumatisme

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 : CAS Le : 13 / 10 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
8/10/2021		80		Dr Saïd RAMI Service des Urgences Polyclinique CNSS Inara

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SALAM S.K. KATIA Bd. Al Wodj Inara Ain Chok Face CNSS. Casa Tél: 5 22 21 13 26 / PT 3402	8/10/2021	92.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service Radiologie Polyclinique CNSS Inara	8/10/2021	20	100

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة
ORDONNANCE

مستشفى
POLYCLINIQUE



الإنارة II
INARA II

le 8/10/21

Kammir Omar

35.40 Voltaren 25
1 - 1 - 2

15.90 Efferalge 500
1 - 1 - 2

46.60 Ido 702 1/7

97.90

LOT: 1120147
EXP: NOV 2023
PPV: 35.40 DH

EFFERALGAN® 500 mg

PPV 150DH90 EXP 12/2023
LOT 09028 3

IXOR 10 mg 14 comprimés

PPV 46DH60
EXP 03/2023
LOT 11014 1

PHARMACIE SALAM

SEKKA Nadia
Boulevard Al Qods Inara Ain Chok
Face CNSS. Casa
Tél: 05 22 21 13 26 / P.T. 3402

Dr Saïd RAMI
Service des Urgences
Polyclinique CNSS Inara



وصفة

ORDONNANCE



le 8/10/21

Karroumi Ouan

Rx riguet smt

(f + 2)



Dr Saïd RAMI

Service des Urgences
Polyclinique CNSS Inara

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 08/10/21

NOM & PRENOM : KARROUMI OMAR

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : RX POIGNET DT F/P

- Absence de lésion traumatique visible.
- Intégrité des interlignes articulaires

Dr. A. ADAB
Radiologue
INPE: 091035754

DR:

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 : 884119	N° SEJOUR : 210032153	FACTURE N° 2105009629		DATE D'ENTREE : 08/10/2021		DATE DE SORTIE : 08/10/2021					
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : KARROUMI,Omar							
MALADE : KARROUMI,Omar											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
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 DE GENERALISTE		C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00

Intervenant : 46145 DR RAMI SAID	TOTAUX :	80.00						80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	80.00		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 08/10/2021	EDITEE LE : 08/10/2021	PAR: BOUNAS	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA	N° DE POLICE :		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 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 : 884119	N° SEJOUR : 210032150	FACTURE N° 2103012394		DATE D'ENTREE : 08/10/2021		DATE DE SORTIE : 08/10/2021	
ASSURE :				DESTINATAIRE : KARROUMI,Omar			
MALADE : KARROUMI,Omar		UF: 5003 RADIOLOGIE					
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
ACTES DE RADIOLOGIE										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 46208 DR ADABI AICHA	TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	150.00	AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00				
DATE FACTURE : 08/10/2021	EDITEE LE : 08/10/2021	PAR: BOUNAS	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA	N° DE POLICE		N° DE POLICE				
		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					