

# 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.

M23- 0029527

197572

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2093

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Said RAM**  
Polyclinique CNSS INARA  
Service des Urgences

Date de consultation : 29/12/2019

Nom et prénom du malade : AKKA Rousty Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Plaie de l'oreille cheville

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

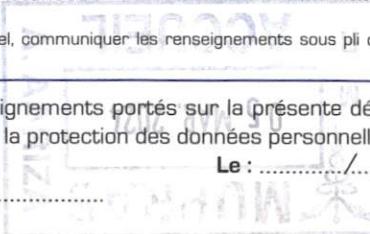
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25.12.	23	K 20	495,162	Dr Said RAM Polyclinique CHU INAP Service des Urgences

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE</b> <b>FACULTE AIN CHOCK</b> Hay Hind Rue 2 N° 27 Ain Chock Tél : 05.22.52.49.76 - Casablanca	29.1.2023	105.100

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

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

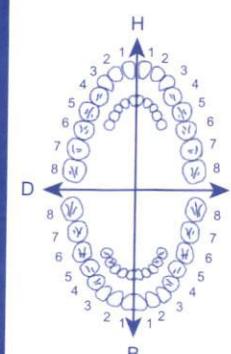
#### **Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a dental arch with 12 numbered teeth. The teeth are arranged in two rows: upper teeth (8, 7, 6, 5, 4, 3) and lower teeth (3, 2, 1). A horizontal arrow labeled 'D' (left) and 'G' (right) points from left to right across the arch. A vertical arrow labeled 'B' (bottom) points downwards from the center of the arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

وصفة  
ORDONNANCE

le ..... 29/12/23

Akka Aoustyhe

5080 Akka 50 (29) (52)

1-1-1

14,60 Dalo, tg 1000 (52)

1-1-1

105,40 Béfadrine Sol

FACULTÉ DE MÉDECINE  
Hôpital Hassan II - Casablanca  
PHARMACEUTIQUE  
FACULTÉ D'AIN CHOK

Dr Saïd RAMI  
Polyclinique CNSS INARA  
Service des Urgences



POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOIR SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ  
INARA II

Boulevard AL Qods , Inara II - Ain Chok - Casablanca

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

90,80

14,60



## 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 : 989379 N° SEJOUR : 230056838

FACTURE N° 2305017042

DATE D'ENTREE : 29/12/2023

DATE DE SORTIE : 29/12/2023

ASSURE :

MALADE : MUSTAPHA, Akka

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

MUSTAPHA, Akka

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
AUTRES ACTES COTES EN K										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	20.00	22.50	450.00					0.00	450.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES										
LIDOCAIN 2% SIMPLE 20 ML INJECT	L071	1.00	10.30	10.30					0.00	10.30
FOURNITURES MEDICALES				35.32					0.00	35.32

Intervenant : 46145 DR RAMI SAID	TOTAUX :	495.62								495.62
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
QUATRE CENT QUATRE-VINGT QUINZE DHS ET SOIXANTE DEUX CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :	495.62					AVOIR:	
	RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE : 29/12/2023	EDITEE LE : 29/12/2023	PAR: CHAKRI	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						

