

# 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.



## Déclaration de Maladie

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 RAMI  
Polyclinique CNSS INARA  
Service des Urgences

Date de consultation : 09 / 12 / 23

Nom et prénom du malade : AKKA Mustapha

Age :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>FACULTE AIN CHOCK</b> Hay Hind Rue 2 N° 27 Ain Chock Tel : 05.22.52.46.76 - Casablanca	29/12/23	108.60

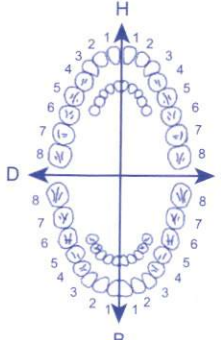
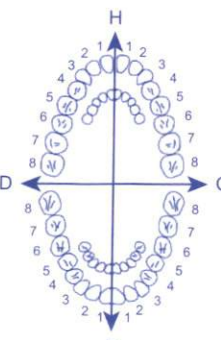
[illegible][illegible]

## 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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DEBUT D'EXECUTION   FIN D'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412    21433552  00000000    00000000  <hr style="width: 100%;"/> <b>D</b>                      <b>G</b>  00000000    00000000  35533411    11433553  <hr style="width: 100%;"/> <b>B</b> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DATE DU DEVIS   DATE DE L'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الإجتماعي

ⵜⴰⴳⵓⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE

le 29/12/23

Akka Ruskye

90,80 Akka 50 (24) (SV)

1-1-2

14,60 Dolosty 1000 (SV)

1-1-2

105,40 Béte dune Sol

7

PHARMACIE  
FACILITE AIN CHOK  
Tél : 0522 21 30 90 - Fax : 0522 40 48 06

Dr Saïd FAMI  
Polyclinique CNSS INARA  
Service des Urgences



مصلحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE 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

(6)

(7)

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	<b>FACTURE N° 2305017042</b>		DATE D'ENTREE : 29/12/2023		DATE DE SORTIE : 29/12/2023						
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>MUSTAPHA, Akka</b>								
MALADE : MUSTAPHA, Akka		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		LETTR CLE	NOMB x COEF	PR UNITAIRE	TOTAL		TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
AUTRES ACTES COTES EN K ACTE DE SPECIALITE MEDICALE		K	20.00	22.50	450.00						0.00 450.00	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES LIDOCAINE 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 : QUATRE CENT QUATRE-VINGT QUINZE DHS ET SOIXANTE DEUX CENTIMES		PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
		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			

