

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

tique :

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 à caractère personnel.

Nº P19- 066069

4087

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2768 Société : R.A.MI

Actif Pensionné(e) Autre : RETRAITÉE

Nom & Prénom : HILALI FOUTIA

Date de naissance : 07.08.58

Adresse : HAY 94 ABDELLAH Bd TAZA Rue 9a

N° 5 AIN CHOCK- CASA

Tél. : 06.05.32.61.66 Total des frais engagés : 687,37 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. MOUNTADA Zassaa

Date de consultation : 20/09/2011

Nom et prénom du malade : HILALI FOUTIA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Goutteuse A fu

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 : CASA

Le : 18/09/2011

Signature de l'adhérent(e) :



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
07 09 2020	CH	133,33	Montant détaillé des Honoraires Service des Urgences	Dr. MOUSSA Service des Urgences INARA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARMAG Dr En ABDI Hay Mouliney Andelleh Rue CABA - Tel 052250 24 80</i>	<i>10/11/2020</i>	<i>35400</i>

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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 canalaires, ainsi que le bilan d

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		

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates the H-D-B coordinate system. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis to the left is labeled 'D', and the vertical axis to the right is labeled 'B'. The axes intersect at a central origin point.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة

ORDONNANCE



الإنارة II
INARA II

le 07/09/2022
2

M

HILAL

Fnbz.

226.00
Dr En Pharmacie
BENCHIKHI B.
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40
CASA - Tel 0522 50 24 80

226.00
LOT 20/3
PER 02/22
PPV 226DH00

USAC

Cp

46

LOT X/0314
PER : 01/2023
PPV : 33,00 DH

140,- L mrt

140,- Am

23100

Musfm 480

140,-45

COOPER PHARMA
PPC : 95,00DH

95100

Extra - Mdg

25

354100

PHARMACIENNE
BENCHIKHI B.
Dr En Pharmacie
Tel 0522 50 24 80

COOPER PHARMA
PPC : 95,00DH

Boulevard Al Qods, Inara II - Ain Chok - CASABLANCA

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

Bd E. Ould 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 : FACTURE N° 848522	N° SEJOUR : 2005007147	DATE D'ENTREE : 06/09/2020	DATE DE SORTIE : 06/09/2020							
ASSURE :	DESTINATAIRE : HILALI,Fouzia									
MALADE : HILALI,Fouzia	UF: 5002 URGENCES									
NOM JEUNE FILLE : N.S.S.	N° IMMAT C.N.S.S. :									
TIERS PAYANT 1 : RENTREE DE MUTUALISTE	N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :									
TIERS PAYANT 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :									
REF. PC 13E. SOC. ETRANG. : REF. PC 2 :										
TIERS PAYANT	NATURE DE PRESTATION	TIERS PAYANT	LETTRE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	PART DU TOTAL	TIERS PAYANT 1	TIERS PAYANT 2	PART DU MALADE	
x COEF		x COEF		x COEF	UNITAIRE	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)		CN		1.00	120.00	120.00	120.00		0.00	120.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES										
MIDAZOLAM 1 MG/ML	7.87	M198		1.00	7.87	7.87			0.00	7.87
SPASFON 1 AMP INJECT	3.50	S026		1.00	3.50	3.50			0.00	3.50
FOURNITURES MEDICALES										
	2.00				0.200				0.00	2.00

Intervenant : 46145 DR RAMI SAID 133.37 TOTAUX : 133.37 133.37 133.37 133.37 133.37 133.37

Arrêtée la présente facture à la somme de : PLAFOND PC : ACOMPTE :

CENT TRENTÉ TROIS DHS ET TRENTÉ SEPT CENTIMES REMISE FOR. 0.00 REGLE : AVOIR :

RESTE DU : 133.37 REMISE FOR. 0.00 REGLE : AVOIR :

RESTE DU : 133.37 ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE FACTURE 07/09/2020 EDITEE LE : 07/09/2020 PAR: SARA DATE AT :

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

