

RÉCOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-711394

133837

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1841 Société : RATM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOULIM ZOHRA
 Date de naissance : 15.01.1975
 Adresse : 17264 LOT ELWATA
 DEROUA
 Tél : 0661746288 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Zohra Moulim Age : 47

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

Nature de la maladie : Gonarthrose en phase

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : blessure

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 : Casablanca le 11-10-2022 Le : 11/10/22

Signature de l'adhérent(e) : Moulim

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
09/09/2022	K8	48996		INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
14/09/2022	V90	1461,73		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
19-09-22	19-09-22	275,62

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

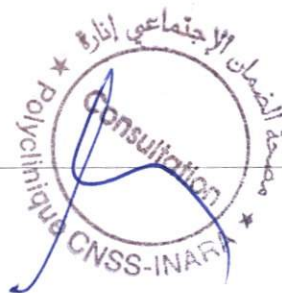
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



N° IPP : 924619	N° SEJOUR : 220035527	FACTURE N° 2202011394		DATE D'ENTREE : 09/09/2022	DATE DE SORTIE : 09/09/2022
ASSURE :		DESTINATAIRE : MOULIM, Zohra			
MALADE : MOULIM, Zohra NOM JEUNE FILLE		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI			
TIERS PAYANT 1 :		N° IMMAT C.N.S.S :			
TIERS PAYANT 2 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :			
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :			

NATURE DES PRESTATIONS	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
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50
FOURNITURES MEDICALES				23.46					0.00	23.46

Intervenant : 46048 DR FAIZ SOUAD RHUMATOLOGIE	TOTAUX :	480.96					480.96
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
QUATRE CENT QUATRE-VINGT DHS ET QUATRE-VINGT SEIZE CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
		RESTE DU:	480.96				
DATE FACTURE : 09/09/2022	EDITEE LE : 09/09/2022	PAR: ZARIA	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				



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 : 910724		N° SEJOUR : 220036825		FACTURE N° 2202011767		DATE D'ENTREE : 19/09/2022		DATE DE SORTIE : 19/09/2022			
ASSURE :				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : MOULIM,Zohra					
MALADE : MOULIM,Zohra											
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 % / 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
FOURNITURES MEDICALES					11.73					0.00	11.73

Intervenant : 46048 DR FAIZ SOUAD RHUMATOLOGIE		TOTAUX :		461.73						461.73	
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT SOIXANTE ET UN DHS ET SOIXANTE TREIZE CENTIMES				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
				REMISE :		0.00	REGLE :		461.73		AVOIR :
				RESTE DU:		0.00					
DATE FACTURE : 19/09/2022		EDITEE LE : 19/09/2022		PAR: HAJAR		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA				MODE DE POLICE :		DATE AT :					
				Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA					
				BANQUE		BMCE - INARA					
				R. compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91					





مصحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة

ORDONNANCE

le 08 - 09 - 22

M^r MOULI M ZOTTRA

87, 60 / 10 / ALODIA 15 mg n°1

140 / 1 après

repas

15,0020 / 100000 mg

1 gel / 14 /

100 mg + 100 mg n°2

Boulevard AL Qods, Inara II - Aïn Chok - Casablanca

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

TTL 275,60

87,40



611 800115 013 7
DIPROSTONE 1 Seringue
P.P.V.: 56,60 DH
AMM 236DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
S.P. 136 Soussouira

O

Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NRQ
P.P.V.: 56,60 DH

LOT 211322
EXP 04/2024
PPV 75.00DH



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة ORDONNANCE

le 18.03.22

M. MOULIM ZAHRA

général pointin évacuatrice
+ infiltration des
genoux.



Dr. Fad FAIZ
Rhumatologue
Ostéoarthro
échographie Ostéoarthro
Rhumatologie & interventionnelle

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 ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة ORDONNANCE

le 08 - 08 - 22

Mr MOULIM ZOTI RA

ponctuer avec ustie

des gerv = +

infiltrer

K 20



Dr. Souad FAIZ
Rhumatologue
Ostéopathe
Échographie Ostéoarticulaire
Rhumatologie Interventionnelle