

## RECOMMANDATIONS 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-711394

13383

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1841	Société :	2A M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOULIJ M 20 HRS			
Date de naissance : 15.01.1975			
Adresse : 17 264 LOT ELWATRA			
Tél. : 0661746288 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Gonorrhée en progrès très forte.	
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.	

Zohra Moulid 19 OCT. 2022 Age: 47 ans

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 11-10-2022  
Signature de l'adhérent(e) : Moulij M

Le : 11/10/22

## **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
09/09/2022	K20	11936		INP : <u>Hand Fit</u> <u>Sounds Great</u> <u>Human Health</u> <u>Positive Outcomes</u> <u>Montgomeryville</u>
14/09/2022	K20	46173		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
19-09-22	MA 90	275,62

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....

## AUXILIAIRES MEDICAUX

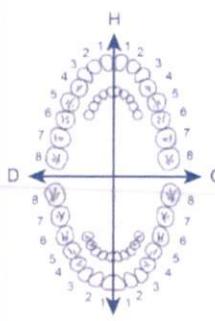
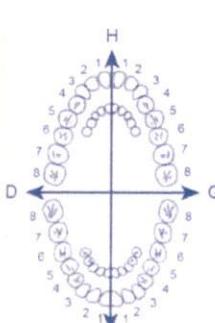
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 de l'ODF.

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



N° IPP : 924619 N° SEJOUR : 220035527

FACTURE N° 2202011394

DATE D'ENTREE : 09/09/2022

DATE DE SORTIE : 09/09/2022

ASSURE :

MALADE : MOULIM, Zohra

NOM JEUNE FILLE : ZOHRA

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

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

ZOHRA

NATURE D'ACTIVATION	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 :

QUATRE CENT QUATRE-VINGT DHS ET QUATRE-VINGT SEIZE CENTIMES

PLAFOND PC :

REMISE : 0.00 REGLE :

RESTE DU: 480.96

DATE FACTURE : 09/09/2022 EDITEE LE : 09/09/2022 PAR: ZARIA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

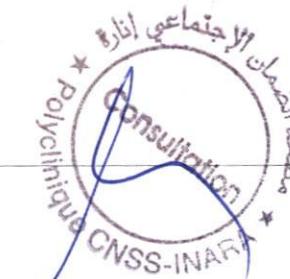
N° DE POLICE : DATE AT :

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

VISA



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 :

DESTINATAIRE :

MALADE : MOULIM,Zohra

MOULIM,Zohra

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

TIERS PAYANT 2 :

N° SE. SOC. ETRANG. :

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
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 :

PLAFOND PC :

QUATRE CENT SOIXANTE ET UN DHS ET SOIXANTE TREIZE CENTIMES

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 :

DATE AT :

VISA



Police :

Réglément 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



مصحة الضمان  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

## وصفة ORDONNANCE

le ..... 09 - 09 - 22

M<sup>-</sup> moulim ZOHTRA

87, 60 1<sup>o</sup> / ALodia 15 mg n. ①

148 | i apres

repas

15,00 2.0 |

1 Colest 20 mg

1 gel 1 : 14 1 .

56,60 x 2  
113,20 / 3.0 |  
Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca

Dr. mes H. S. V. N. ②

Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06  
TTL 275,60

1102  
87,40

LOT 211322  
EXP 04/2024  
PPV 75.00DH



811 800115 013 7  
DIPROSTENE 1 Seringue  
P.P.V : 56,60 DH  
AMM 235DMP/21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
S.P. 136 Bouakoura

Distribué par MSD Maroc  
AMM 74/19 DMP/21/NRQ  
P.P.V: 56.60 DH



مصحة العثمان  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

# وصفة ORDONNANCE

le 18.03.22

Moulim Zohra

gene - punctum evocatio  
+ in filtratio des genc.



Dr. Ziad FAIZ.  
M.D. - M.R.C.R.  
Ortho-Brachic  
Echographie Osteoarticulaire  
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 ..... 09 - 08 . 22.

Mme MOULIM ZOTI RA

par contre une asthme  
des gênes +  
infiltrat

K  
20.



Dr. Souad FAIZ  
Rhumatologue  
Orthopathe  
Echographie Osteoarticulaire  
Rhumatoologie 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