

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.

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° W21-709548

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8621			
Société : RAM			
Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : M O H A M M E D			
Nom & Prénom : B E R B E R			
Date de naissance : 09/10/1969			
Adresse : A L O S A C G N R			
Tél. : 0668122351 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 01/10/22		
Nom et prénom du malade : Bébel Meryem Age : _____		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Cuir d'asthme		
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 : 10 NOV. 2022

Signature de l'adhérent(e) : _____

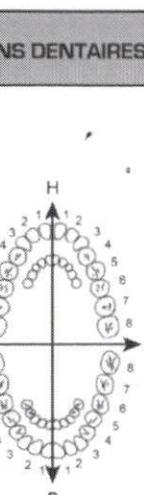
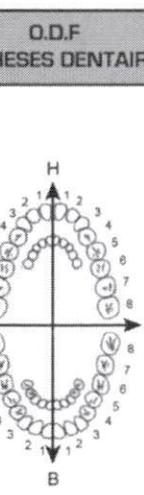


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01.10.20	CNS	300,46		INP : 091A192632
				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/10/27	103,90

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	

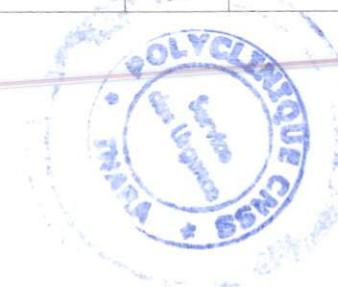
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																	
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																	
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
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 PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			B	00000000	00000000	35533411		11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		H	25533412	21433552																													
		D	00000000	00000000																													

		B	00000000	00000000																													
		35533411		11433553																													
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																															
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																															



090001520

N° IPP :	927402	N° SEJOUR :	220038674	FACTURE N° 2205011943				DATE D'ENTREE :	01/10/2022	DATE DE SORTIE :	01/10/2022
ASSURE :								DESTINATAIRE :	BERBER,Meryem		
MALADE :	BERBER,Meryem		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	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
FORFAIT HOSPITALISAT[°], REA, CHIRURGIE, MATERNITE											
Oxygénothérapie par demi heure	FURG15	1.00	100.00	100.00					0.00	100.00	
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX											
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES											
METHYLPREDNISOLONE MERCK 40MG INJ X1 AMP	M187	3.00	18.50	55.50					0.00	55.50	
FOURNITURES MEDICALES					17.46				0.00	17.46	



Total à reporter

300.46

0.00

0.00

300.46

N° IPP : 927402 N° SEJOUR : 220038674

FACTURE N° 2205011943

DATE D'ENTREE: 01/10/2022 DATE DE SORTIE: 01/10/2022

UF de présence: 5002 URGENCES

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				300.46		0.00		0.00		300.46

Intervenant : 46152 DR EL HAITE ABDELOUAHID	TOTAUX :	300.46								300.46
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
TROIS CENTS DHS ET QUARANTE SIX CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE:	300.46					AVOIR:	
	RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE : 01/10/2022	EDITEE LE : 01/10/2022	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						



LOT
PPV 400H00
UT.

EXP 06/2023
LOT 16043 1

PPV (DH):

PPV 40,00

AN
HITÉ

21,90

وصفة ORDONNANCE

le 01.10.22

Bebe Neryem



U2 → Préservés

24 g x 6

U10 → Michalon

24 g

2.1 90 → Bonbonnet

ren + 3



Safra 250

Agave x 10



Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca
Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06