

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-711396

(245630)



### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :  
Matricole : 1841 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MOULIM ZOHRT

Date de naissance : 15-01-55

Adresse : 14264 LOT BL WAFI DIBOUT

Tél. 06 61 74 62 88 Total des frais engagés : 321,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Agé :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

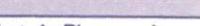
Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

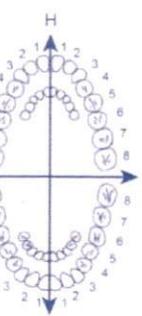
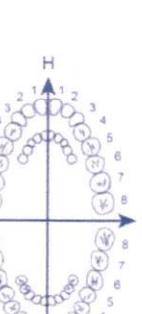


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/11/2023	Consultation	1	150,00	INP : Dr. Souad Rhumato Osteo Echographe

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>12, bd. Omar Al Khayam Berrechid Tunis 08224 06-01-2011</p>	15.11.2011	171,20

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

#### VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES								
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.								
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.								
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>				
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000         </td> <td style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000         </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <b>D</b>            00000000            35533411         </td> <td style="text-align: center;"> <b>B</b>            00000000            11433553         </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>H</b> 25533412 00000000	<b>G</b> 21433552 00000000	<b>D</b> 00000000 35533411	<b>B</b> 00000000 11433553
<b>H</b> 25533412 00000000	<b>G</b> 21433552 00000000							
<b>D</b> 00000000 35533411	<b>B</b> 00000000 11433553							
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>						
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>						
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>						
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>						



مصحة الضمان  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة

ORDONNANCE

le 14-11-22.

M - moulim zohra

1<sup>o</sup> NOCT eptol



149,00

2<sup>o</sup> F Leximad.



0 - 11/11/2003

22,20

3<sup>o</sup> Coctoli

1 - 1 - 11/11/2003

144,20

drôle

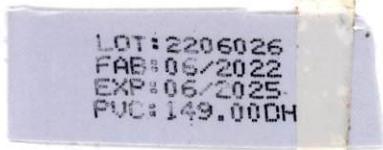
TTL.

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

40) or those repos project ok  
(sdec)

333 Scale  
Hypothetical  
Logic  
Model

*[Handwritten signature]*



F1 V 220H20  
PER 17/24  
LOT L2939



(3)

N° IPP : 910724	N° SEJOUR : 220045159	<b>FACTURE N° 2202014535</b>				DATE D'ENTREE : 14/11/2022		DATE DE SORTIE : 14/11/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		MOULIM, Zohra		
MALADE : MOULIM, Zohra		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
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
CONSULTATION DE MEDECIN.	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE										

Intervenant : 46104 DR IBNOU SOUFIANE NADIA				TOTALS :		150.00						150.00			
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :								ACOMPTE :			
				REMISE : 0.00		REGLE : 150.00						AVOIR :			
				RESTE DU : 0.00											
DATE FACTURE : 14/11/2022				EDITEE LE : 14/11/2022		PAR: HAJAR		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							

