

## 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 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

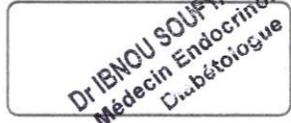
N° W21-806089

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

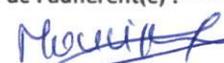
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1841 Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
 Nom & Prénom : MOULIM BOHRA  
 Date de naissance : 15.01.55 ^ 79142  
 Adresse : H264 LOT ELWAPA DR ROUA  
 Tél. : 0661746288 Total des frais engagés : 2735,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : .....  
 Nom et prénom du malade : BOHRA BOULIM Age : .....  
 Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète de type 2  
 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 : 25  
 Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT

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	Actes et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/08/23			159,60	

DR BENOÛT BERNARD  
 10 rue de la République  
 44100 Nantes  
 Tél : 02 51 10 00 00  
 06 99 00 00 00

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

*[Signature]*      29/08/2023      2585,00

**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

AM    PC    IM    IV

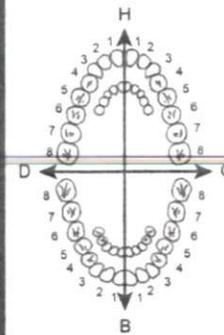
**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez 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"/>

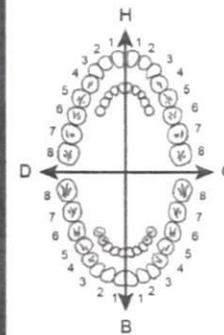


**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي  
+٥١08+ ٤٥٤٤٤+  
**CNSS**  
Le devoir de vous protéger

وصفة  
ORDONNANCE



الإدارة II  
INARA II

20112A Nouvân  
le 28/12/23

(473,00 x 3)  
1419,00  
AMUNET 1000 mg

78,70  
Dixalac 600 mg

(250,00 x 4)  
1000,00  
112417  
PARAFENIX

TTL  
2585,00 87,30

Dr. IBRAHIM SOUFYANE Nadia  
Médicine Endocrinologique  
Une Spécialité

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N°: 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N°: 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.

P.P.V: 437,00 DH.

PPV:250,00 DH

LOT: 22J05

EXP: 10/2025

PPV:250,00 DH

LOT: 22J05

EXP: 10/2025

PPV:250,00 DH

LOT: 21K08B

EXP: 11/2024

PPV:250,00 DH

LOT: 22J05

EXP: 10/2025

PPV: 250,00 DH  
LOT: 22J05  
EXP: 10/2025

78130

87130

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 : 971608	N° SEJOUR : 230036019	<b>FACTURE N° 2302011464</b>	DATE D'ENTREE : 28/08/2023	DATE DE SORTIE : 28/08/2023
ASSURE :		DESTINATAIRE : ZOHRA, Moulim		
MALADE : ZOHRA, Moulim		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 :		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
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 46104 DR IBNOU SOUFIANE NADIA TOTAUX : 150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :		ACOMPTE:	
REMISE :	0.00	REGLE :	150.00
RESTE DU:	0.00	AVOIR:	

DATE FACTURE : 28/08/2023 EDITEE LE : 28/08/2023 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



