

## 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  
 Adresse : H264 LOT EL WARA  
 Tél. : 0661746288 Total des frais engagés : 2735,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr IBNOU SOUFIANE NADIA  
Médecin Endocrinologue  
Diabétologue

Date de consultation : /  
 Nom et prénom du malade : BOHRA MOULIM  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète sucré  
 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 23/01/2019

Signature de l'adhérent(e) :

Moulim

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 et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

28/08/23			159,60	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

	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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

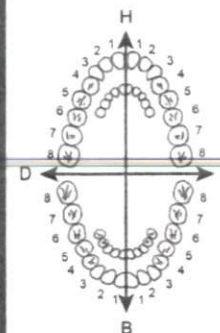
Important :

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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

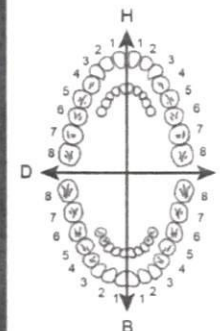
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي  
CNS

Le devoir de vous protéger

وصفة  
ORDONNANCE

مصحة  
POLYCLINIQUE



الإدارة II  
INARA II

2011/24 Nov 2011  
le 28/11/23

(1419,00 x 3)  
1419,00  
ANUNET 1000 mg

78,70  
Dixalate 600

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

2585,00  
2585,00

Dr. IBRAHIM SOUFYANE Nadia  
Médicין Endocrinologue  
Une polyclinique

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

E 1021. 20  
FR 17000070

78,130

87,130

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 :											
REF. PC 1 : REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
		CLE	x COEF	UNITAIRE		% / 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					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 : 28/08/2023					EDITEE LE : 28/08/2023	PAR: CHAKRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA					N° DE POLICE :					DATE AT :	
					Réglement 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						



