

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

- 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.

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° W21-711402

120596

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1841 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOULIM 20 HRA

Date de naissance : 15-01-1955

Adresse : H 264 HOT EWARA DRROUA

Tél. : 0661746288 Total des frais engagés : 2339,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DRIBI SOUFIANE Nadia

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 ci-dessus et la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : / /

Signature de l'adhérent(e) : DRIBI SOUFIANE Nadia

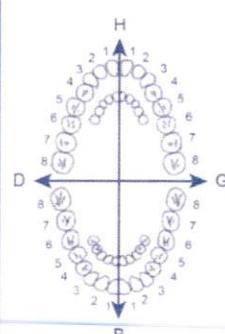
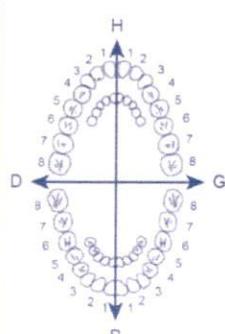
Médecin : Dr DIBI SOUFIANE Nadia
Diabétologue : Dr DIBI SOUFIANE Nadia

Le : / /

Signature : DRIBI SOUFIANE Nadia

DRIBI SOU

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombreur Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/05/20	Dr IBNOU SOUEYANE Nadia Médecin Endocrinologue Diabetologue	INP : 1500	1500	Dr IBNOU SOUEYANE Nadia Médecin Endocrinologue Diabetologue
20/07/20	Dr IBNOU SOUEYANE Nadia Médecin Endocrinologue Diabetologue	INP : 1500	1500	Dr IBNOU SOUEYANE Nadia Médecin Endocrinologue Diabetologue
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet de Pharmacien ou du Fournisseur		Montant de la Facture		
Annie Averde Orrar Al Khayat et Rue Al Banatss Berrechid Tel/Fax 0522 53 43 29		06.06.22 2189,30		
ANALYSES - RADIGRAPHIES				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX				
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	

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	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 11111111													
																	
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411	11433553	G	00000000	00000000
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B		35533411	11433553														
G	00000000	00000000															
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																	
MONTANTS DES SOINS																	
DEBUT D'EXECUTION																	
FIN D'EXECUTION																	
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																	
MONTANTS DES SOINS																	
DATE DU DEVIS																	
DATE DE L'EXECUTION																	



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ. NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وَصْفَةٌ ORDONNANCE

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca
Tél. : 0522 21 80 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 15 - Fax : 0522 40 48 06

PPU: 49,60 DH
LOT: 21K03B
EXP: 11/2024

Distribué par MSD MAROC.
AMM N°: 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

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.

PPV: 250,00 DH
LOT: 21K08B
EXP: 11/2024

PPV: 250,00 DH
LOT: 21K08B
EXP: 11/2024

PPV: 250,00 DH
LOT: 21K08B
EXP: 11/2024

787

G. TAH



N° IPP :	910724	N° SEJOUR :	220019503	FACTURE N° 2202006705				DATE D'ENTREE :	23/05/2022	DATE DE SORTIE :	23/05/2022	
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 :					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.		Cs		1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE												

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 :	23/05/2022	EDITEE LE :	23/05/2022	PAR:	HAJAR	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA					N° DE POLICE :	DATE AT :					
					Régllement 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					

