

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-711404

120598



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1801

Société : 2A17

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOULIM

ZOHRA

Date de naissance :

15-01-1955

Adresse :

H 266 LOT EL WAFA Dernier

Tél. :

0661746288

Total des frais engagés : 593,02 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

MOULIM ZOHRA

Age :

Nom et prénom du malade :

MOULIM ZOHRA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

gros œuf au poisson

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.

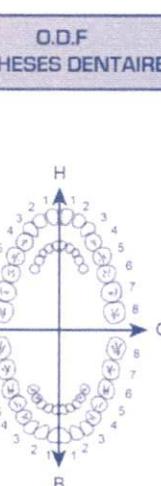
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3-15-122	443,00

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																
				Montants des soins <input type="text"/>																
				Début d'exécution <input type="text"/>																
				Fin d'exécution <input type="text"/>																
		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>															
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000				B	00000000	35533411			11433553	Montants des soins <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																
		D	00000000	00000000																
B		00000000	35533411																	
		11433553																		
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis <input type="text"/>																	
			Date de l'exécution <input type="text"/>																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																				



مصحة الضمان  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

# وصفة ORDONNANCE

le 16 - 05 - 22

Mou Li M Z OTRA

149.50 x 2  
10 | Cura flex  
0 - 1 - 0 | 3 ms.  
79.50  
20 | M E Prol 15 ms

12.8 | Acpti apres repas.  
30 | Glades 20 = 1 gel 1.

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca  
Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06 14

B2  
4°

Cetamyl 1g.



~~AL 443,00~~

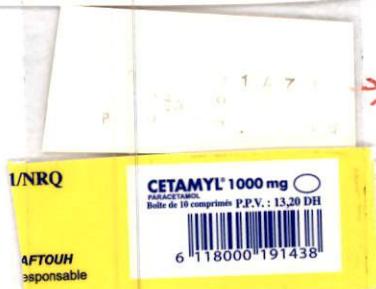
in Al Khayam

Dr. Souad FAIZ  
Rhumatologue  
Ostéopathie  
Echographie Osteoarticulaire  
Rhumatologie Interventionnelle

Lot : UT717  
A consommer de 12/2024  
préférence avant le :  
PPC : 149,50 DH



Lot : UT671  
A consommer de 11/2024  
préférence avant le :  
PPC : 149,50 DH



LOT 210385  
EXP 12/2023  
PPV 52.80DH

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 : 909980

N° SEJOUR : 220018672

**FACTURE N° 2202006405**

DATE D'ENTREE : 16/05/2022

DATE DE SORTIE : 16/05/2022

ASSURE :

MALADE : MOULIM,Zohra

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1:

TIERS PAYANT 2:

REF. PC 1:

REF. PC 2 :

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

MOULIM,Zohra

NATURE DE PRESTATION

LETTRE

CLE

NOMBRE

x COEF

PRIX

UNITAIRE

TOTAL

TIERS PAYANT 1

% / Dh

TIERS PAYANT 2

% / Dh

PART DU MALADE

% / Dh

MONTANT

CONSULTATION DE MEDECIN.

CONSULTATION DE SPECIALISTE

Cs

1.00

150.00

150.00

0.00

150.00

Intervenant : 46048 DR FAIZ SOUAD RHUMATOLOGIE

TOTAUX :

150.00

150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE :

AVOIR

0.00 REGLE :

150.00

AVOIR:

CENT

RESTE DU:

0.00

DATE FACTURE: 16/05/2022

EDITEE LE: 16/05/2022 PAR: CHAKRI

ACCIDENT DE TRAVAIL:

VISA

N° DE POLICE DE VISA

DATE AT DE POLICE DE VISA



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