

# 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](http://www.mupras.com)

138661

## Déclaration de Maladie : Nº P19-0020203

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1373 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARARY. SULTAN

Date de naissance : 1980

Adresse : ONAZ SO. DRAÏT

Tél. : 0633533001 Total des frais engagés : 150.00. GS. 00. 100 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/11/22

Nom et prénom du malade : MARARY. Sultan Age : RAM

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Transtème de crise goutte

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

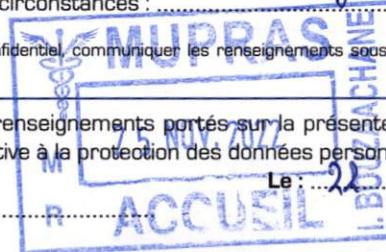
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : DR

Le : 20/11/22

Signature de l'adhérent(e) : PM



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/11/22	C		150,68	Dr Said RAMI Polyvalent CNRS INARA Service des Urgences

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALOUATI Bd. Fouarat , Hay Mohammed Casablanca Tél: 0522 60 16 75	18-11-22	69.10

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18/11/22	2.15	150,54

### AUXILIAIRES MEDICAUX

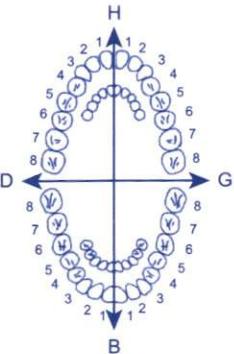
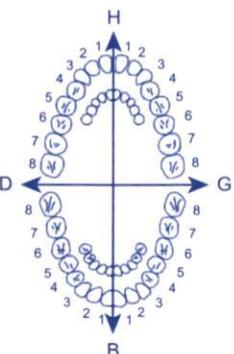
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	18/11/22					150,60

### 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000 35533411			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

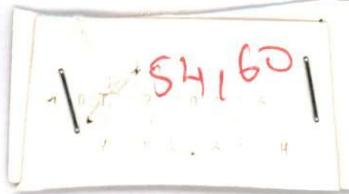
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة العثمان  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

# وصفة ORDONNANCE



le ..... 18 / 11 / 88

Pharmacie ALOUATI  
Bd. Fouarat, Hay Mohammadi  
Casablanca  
Tél: 0522 60 16 75

Merarg Sultan

54.60 Re�al 7,5  
ny Nah S.V.



oeds 20 (7)  
7,5 ml

14.60 Du dol 1000 mg S.V.  
1 - 2  
601 Ecdeargo d'icolo li wrek  
de cas de garde x 15 ,

69.10  
601



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



مصحة الضمان  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

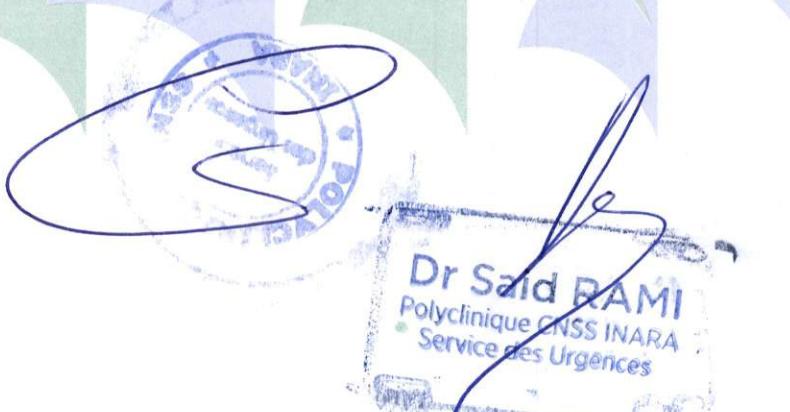
INARA II

وصفة  
ORDONNANCE

le ..... 18 - 11 - 22

Narayg Sultan

Rx Con de gommee 20 gr / ml  
faelle extensim



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

## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

### COMPTE RENDU

DATE : 18/11/22

NOM & PRENOM : MARARY SULTAN

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : RX COUDE G F/P

- Absence de lésion traumatique visible.
- Intégrité des interlignes articulaires

DR:

Dr. Oufaae KCHILOUCHA  
Médecin Radiologue  
Polyclinique CNSS - INARA  
INPE . 091036269



# UNIVERSEL MEDICAL

We care.

s.a.r.l

Matériel et Mobilier Medico-Technico-Chirurgical  
Paramedical - Parapharmacie - Import - Export

Facture n°202200000000438

MARARY SULTANE

Casablanca

Date 18/11/2022

Qté	DESIGNATION	Prix Uni.	%REM	%TVA	TOTAL
1	ECHARPPE	50,00		20%	50,00
					<b>TOTAL H.T.</b>
					50,00
					<b>T.V.A.</b>
					7,00%
					14,00%
					20,00%
					<b>TOTAL TTC</b>
					60,00

UNIVERSEL MEDICAL  
Rue Dr Med Jinaoui, Projet Hassan II, Imm 2B Magasin N°7 Hay Mohammadi - Casablanca  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél/Fax : 0522 63 05 56

## POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

Bd EI-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



090001520

N° IPP :	933709	N° SEJOUR :	220045940	<b>FACTURE N° 2203017873</b>				DATE D'ENTREE : 18/11/2022		DATE DE SORTIE : 18/11/2022			
ASSURE :								DESTINATAIRE :					
MALADE :	MARARY,Sultan				UF: 5003 RADIOLOGIE		MARARY,Sultan						
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	
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>		Z	15.00	10.00	150.00						0.00	150.00	

Intervenant :	186999 EQUIPE RADIO DE RADIOLOGUES (RADIOLOGIE)	TOTAUX :	150.00								150.00
---------------	---	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00					

DATE FACTURE : 18/11/2022	EDITEE LE : 18/11/2022	PAR: KAABAD	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



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 :	933709	N° SEJOUR :	220045942	FACTURE N° 2205013892		DATE D'ENTREE :	18/11/2022	DATE DE SORTIE :	18/11/2022
ASSURE :						DESTINATAIRE :			
MALADE :	MARARY,Sultan	UF:	5002 URGENCES			MARARY,Sultan			
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.	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F										
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX	AMI	1.50	7.50	11.25					0.00	11.25
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER										
PRODUITS PHARMACEUTIQUES	M187	1.00	18.50	18.50					0.00	18.50
METHYLPREDNISOLONE MERCK 40MG INJ X1 AMP										
FOURNITURES MEDICALES				0.93					0.00	0.93



Total à reporter

150.68

0.00

0.00

150.68

N° IPP : 933709	N° SEJOUR : 220045942	FACTURE N° 2205013892				DATE D'ENTREE: 18/11/2022 DATE DE SORTIE: 18/11/2022			
UF de présence: 5002 URGENCES									

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				150.68		0.00		0.00		150.68

Intervenant : 46145 DR RAMI SAID	TOTAUX :	150.68								150.68
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS ET SOIXANTE HUIT CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE:	150.68					AVOIR:	
	RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE : 18/11/2022	EDITEE LE : 18/11/2022	PAR: KAABAD	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
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								

