

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

M23-000081

188241

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07616 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TARAJA MUSTAPHA

Aït CHOK Rue 49 N° 3 CASA

Adresse : 0r 0f 56

Tél. : 06 61 41 59 30 Total des frais engagés : -250- Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

09/11/2023

Nom et prénom du malade : M. TARAJA Age:

Lien de parenté :

Soi-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

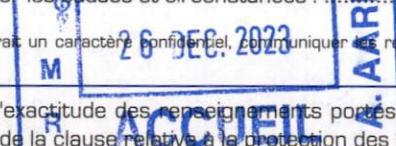
Précis de la maladie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

MUPRAS

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.

Le : 30/11/2023

ACCUEIL A. ARIZA

C.J.

CABLANCA

#### **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
09/11/11 23	G		80000	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/11/23	212	18200 071036769 INRA PARIS-CHAMPS ELYSEES MCN

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	F M	I V	

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

réation, remont, adjonction)

The diagram illustrates the H-B-D-H system. It features two horizontal rows of atoms. The top row consists of hydrogen atoms (H) labeled 1 through 8, arranged in a zigzag pattern. The bottom row consists of boron atoms (B) labeled 1 through 8, also in a zigzag pattern. Double-headed arrows between the corresponding atoms in each row represent bonds. A vertical arrow labeled 'H' points upwards from the top of the top row, and a vertical arrow labeled 'B' points downwards from the bottom of the bottom row. A horizontal double-headed arrow labeled 'D' spans the width of the structure.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



N° IPP :	982553	N° SEJOUR :	230048716	<b>FACTURE N° 2305014787</b>			DATE D'ENTREE :	09/11/2023	DATE DE SORTIE :	09/11/2023
ASSURE :							DESTINATAIRE :			
MALADE :	WAKRIM,Malika			UF:	5002 URGENCES					
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
<b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b>	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00

Intervenant :	10262 DR RAFAI LATIFA (MEDECINE GENERALE)	TOTAUX :	80.00							80.00
---------------	-------------------------------------------	----------	-------	--	--	--	--	--	--	-------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE-VINGT DHS

PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
REMISE :	0.00	REGLE :	80.00	AVOIR :	
RESTE DU:	0.00				

DATE FACTURE : 09/11/2023

EDITEE LE : 09/11/2023 PAR: HAFID

ACCIDENT DE TRAVAIL :	DATE AT :
N° DE POLICE :	
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

VISA



## 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 :	982553	N° SEJOUR :	230048706	<b>FACTURE N° 2303018933</b>			DATE D'ENTREE :	09/11/2023	DATE DE SORTIE :	09/11/2023
ASSURE :							DESTINATAIRE :			
MALADE :	WAKRIM,Malika			UF: 5003 RADIOLOGIE				WAKRIM,Malika		
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. :						
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> ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	17.00	10.00	170.00					0.00	170.00

Intervenant :	46082 DR BENNANI WAFAA	TOTAUX :	170.00							170.00			
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DIX DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:				
				REMISE :	0.00	REGLE :	170.00		AVOIR :				
				RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE :	09/11/2023	EDITEE LE :	09/11/2023	PAR:	HAFID	<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											

**SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE**  
Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler  
**COMPTE RENDU**

**DATE :** 09/11/23

**NOM & PRENOM : WAKRIM MALIKA**

**MEDCIN TRAITANT :**

**EXAMEN : RX EPAULE DROIT**

- Fracture du 1/3 externe de la clavicule droite.  
DR

Dr. Ouafae KCHLOUHA  
Médecin traitant  
Polyclinique INARA  
Institut Radiologique  
0910362694  
CNSS - MAROC