

## 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 signée 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 traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire pour le traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

### Maladie et Affection de 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

- Reclamation : 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° W21-708974

par courriel

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1380 Société : 137137

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KHAIER Abdelhak

Date de naissance : 28/10/2022

Adresse : 55 INARA 1 28810 Mohammadia

Tél. 061228781 Total des frais engagés : 367,40 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]

Date de consultation : 28/10/2022

Nom et prénom du malade : Sady Naisiba

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : osteoporose

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 : Mohammadia Le : 28/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-708974

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1380

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 367,40

Date de dépôt :



RELEVÉ 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
08/10/2022	CS		220,00	INP : 001225729 

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

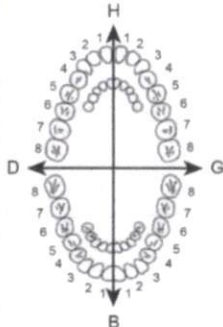
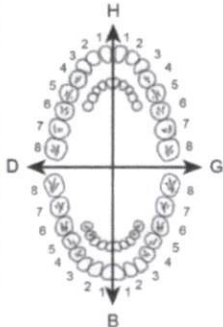
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DE DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFF  
DES TME  
DESDATE C  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي

ⵜⴰⵎⴰⵔⵜ ⵜⴰⵖⴰⵎⴰⵏⵜ

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



المحمدية

MOHAMMEDIA

le 28/10/2022

Sadry Nassiba

Colique néphrétique

droite

↳ prière de faire  
une Echo graphie  
rénale



الضمان الإجتماعي

ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



المحمدية

MOHAMMEDIA

PPV: 87DH40  
PER: 05/25  
LOT: L1560-3

le 28/10/2022



Sadry Nassiba

1) Inexium 20mg

2 cp / matin à jeun

87,40.

2) Dolicox 120mg

1 cp / pdt 03 jours



CONTROLEE PAR:



الضمان الاجتماعي  
CNSS

Le devoir de vous protéger



**SERVICE D'IMAGERIE MEDICAL**  
**RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE- ECHOGRAPHIE DOPPLER**  
**MAMMOGRAPHIE**

LE : 28-10-2022

NOM DE LA PATIENTE

7<sup>me</sup>

SADRY NASSIBA

**ECHOGRAPHIE RENALE :**

- Les reins sont de taille normale de contours réguliers, bien différenciés sans calcul nettement visible.
- Les cavités pyélo-calicielles ne sont pas dilatées.
- Vessie semi pleine à contenu transsonore

**CONCLUSION :**

Echographie rénale sans particularités.





POLY CNSS MOHAMMEDIA SADRY, NASSIBA  
28/10/22 10:00:18 ADM 281022-092128

MI 1.2 Tis 0.6 4C

Abdomen

FR AO% 100

CHI  
Frq 4.0  
Gn 54  
S/A 3/3  
Cte F/0  
D 17.0  
DR 69



POLY CNSS MOHAMMEDIA SADRY, NASSIBA  
28/10/22 09:58:49 ADM 281022-092128

MI 1.2 Tis 0.6 4C

Abdomen

FR AO% 100

CHI  
Frq 4.0  
Gn 54  
S/A 3/3  
Cte F/0  
D 17.0  
DR 69

