

# 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

- Réclamation : 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

M22- 0028927

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2538 Société : Ret RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 138040

Nom & Prénom : KACHANI MUSTAPHA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : Tanila 5 Rue 187 N° 29 C/D CASA 04

Tél. : 0667028896 Total des frais engagés : 271,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL ADNANI Abdessamad  
Service des Urgences  
INP : 061125217

Date de consultation : 20/11/2024

Nom et prénom du malade : SENNI Khaled ep KACHANI Age : 1907

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

Nature de la maladie : Colécholite

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : H.T.A.

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) :



# 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
20/11/22	S	S	136,80	DI. ELADNANI Abdelhak Service des Urgences INP : 061125217

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE CHARM CHEIKH  
600 LOTS HAMRA 2 AV AL OODS  
AIN CHOCK - CASABLANCA  
TEL 05 22 50 65 10 / 06 22 21 02  
10/11/22 134,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

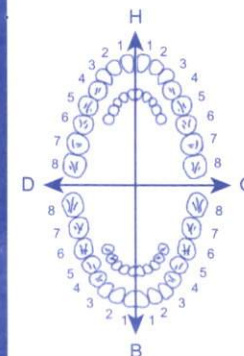
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

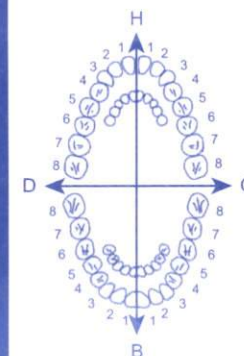
Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Report page précédente

136.90

0.00

0.00

136.90

Intervenant : 46106 DR EL ADNANI ABDESSAMAD

TOTAUX :

136.90

136.90

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
CENT TRENTE SIX DHS ET QUATRE-VINGT DIX CENTIMES

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE :

0.00

REGLE :

136.90

AVOIR :

RESTE DU:

0.00

DATE FACTURE : 20/11/2022

EDITEE LE : 20/11/2022

PAR: LAKHDI

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

N° DE POLICE :

DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de :

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

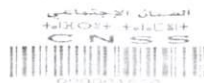
BANQUE :

BMCE - INARA

N° compte bancaire :

011.780.0000 54 210 00 60 016 91





FACTURE N° 2205014001

DATE D'ENTREE : 20/11/2022

DATE DE SORTIE : 20/11/2022

ASSURE :

MALADE : SEMHI EP KACHANI,Khadija

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

SEMHI EP KACHANI,Khadija

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>CONSULTATION DE MEDECIN.</b> CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
<b>ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX</b> ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.50	7.50	11.25					0.00	11.25
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b> NO-SPA INJ	N105	1.00	4.22	4.22					0.00	4.22
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				1.43					0.00	1.43

<b>Total à reporter</b>				136.90		0.00		0.00		136.90
-------------------------	--	--	--	--------	--	------	--	------	--	--------



وصفة  
ORDONNANCE

le 20/11/2022

Dr. EL ADNANI Abdessamad  
د. العبداني عبد الصمد  
Service des Urgences  
INP : 061125217

SENHI KHARJA pour  
Kharja

TA = 15/4

40,40

Nete Spasyl ger 15  
1 ger x 3 h

63,30

Ballayl ger 15  
15

31,20 ger 15  
(2)

PHARMACIE CHIMIE CHENOUA  
N° 600 LOTS HANNA 2 AV. CHENOUA  
AIN CHOC - CASABLANCA  
TEL: 0522 5065 10 / 0622 2103 18

Dr. EL ADNANI Abdessamad  
د. العبداني عبد الصمد  
Service des Urgences  
INP : 061125217

Debridat  
15

134,70

Dr. EL ADNANI Abdessamad  
د. العبداني عبد الصمد  
Service des Urgences  
INP : 061125217

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**

Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



LOT: 220707  
DLUO: 09/2025  
63,30 DH

LOT :

PER :

PPV :

31,00