

# 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



## Déclaration de Maladie

M22- 0043498

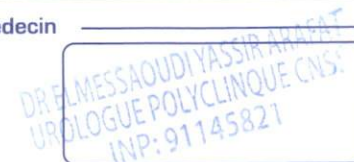
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 816 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 146370  
 Nom & Prénom : SAHLI LA HOUCHE  
 Date de naissance : 01.06.1948  
 Adresse : HAY ELINARA 1 RUE 14 N° 11 CABA Aïn Chock  
 Tél. 06.64.82.55.94 Total des frais engagés : 1190,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20 / 12 / 2012  
 Nom et prénom du malade : BRIVA NAIMA Age : 64  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : lombalgie d'orte / sciatique  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Pathologie  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Pathologie  
 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 : CASA Le : 29 / 12 / 2012  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# 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
26/12/22		1	15000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/2022	397,80
	31/12/23	242,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/12/22	Ech AP	600 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

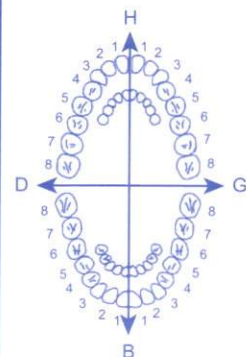
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة

ORDONNANCE

le 20.12.2022

Dr BRÏYA. NAÏMA

54,00

1

IBERMOX 7,5mg

LOT: 17221001  
PER: 03/2024  
PPV: 54,60 DH

22,20

2

6 doliprane

PPV: 22DH20  
PER: 05/24  
LOT: L1675

37,00

3

Duoxof

4x3

DUOXOL 500mg/2mg  
Boîte de 20 comprimés  
عبوة من 20 قرصا

37,00

207,00

5/ ANGLON

77,00

397,80

PPV: 77DH00  
PER: 06/24  
LOT: L2035

Boulevard AL Qods, Inara II - Aïn Chok - Casablanca

Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06



POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

# وصفة ORDONNANCE

le 03.01.2023

> Briya - Ntéma

37,00

1/ Duoxol cp x 3 29,50

29,50

2/ metform 25mg cp x

28,00

3/ Vitameur L Fort cp

146,90

4/ Hévant gel 1 gel

242,40

PHARMACIE MOUSSINE  
834, A. MOU

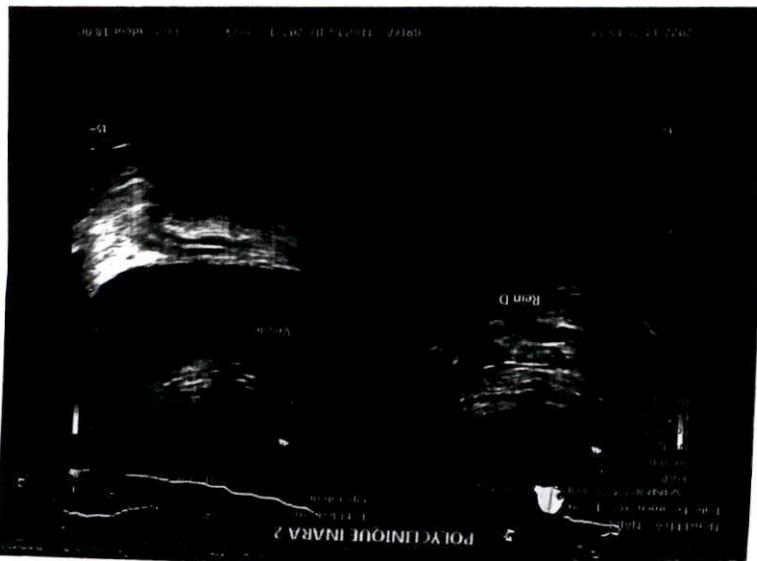
PPV  
LOT  
PER

28,80

37,00

EXP : 11/2025  
146,90 DH

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca



## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

### COMPTE RENDU

DATE : 29/12/22

NOM & PRENOM : BRIYA NAIMA

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE+PELVienne

Foie de taille normale et d'échostructure homogène.

Tronc porte de calibre normal et perméable.

Vésicule biliaire libre à paroi fine.

Les voies biliaires intra hépatiques et la voie biliaire principale ne sont pas dilatées.

Pancréas d'aspect échographique normal.

Loge splénique libre.

Les deux reins sont de taille normale, de contour régulier avec une bonne différenciation cortico-médullaire sans dilatation des cavités pyélocalicielles ni d'image de lithiase rénale échographiquement visible.

Absence d'anomalie pelvienne decelable.

Dr. Ouafae KCHOUCHA  
Médecin Radiologue  
Polyclinique CNSS - INARA  
INPE: 091036269



POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

# وصفة ORDONNANCE

le 20.12.2022



BRIYA NAÏMA

Age = 69 ans

Mrs diabète / HTA.  
Spécimen tenue

céphalgie suite

pour Autogynésie ABDOMINALE  
de l'urine.



Dr. ELISSA BOU MASSIR ARAFAT  
URSO 0522 21 30 90  
INARA II



N° IPP : 339619		N° SEJOUR : 220052560		<b>FACTURE N° 2203020353</b>		DATE D'ENTREE : 29/12/2022		DATE DE SORTIE : 29/12/2022	
ASSURE :						DESTINATAIRE : <b>BRIYA,Naima</b>			
MALADE : BRIYA,Naima NOM JEUNE FILLE :				UF: 5003 RADIOLOGIE					
				N° IMMAT C.N.S.S. :					
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :					
TIERS PAYANT 2 :									
REF. PC 1 :		REF. PC 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>										
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE - PELVIENNE	ECHOAP	1.00	400.00	400.00					0.00	400.00

Intervenant : <b>46087* DR KCHIOUCHA OUAFAE</b>	TOTAUX :	400.00						400.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENTS DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	400.00			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						

DATE FACTURE : 29/12/2022	EDITEE LE : 29/12/2022	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	

