

# 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.



172 650

Déclaration de Maladie : N° P19-0005797

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000 313 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : VEUVE DOUAT ABDOU  
Nom & Prénom : EL OUAFI ZOHA RA Date de naissance : 01/01/1950  
Adresse : Bine Loukmane Rue 46 N°16  
Tél. : 0722 217 98 Total des frais engagés : 467,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/07/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Fracture 5<sup>e</sup> doigt

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 : CASABLANCA

Le : 17/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## 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'Unité  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# 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
06/07/23		C	150 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

6/7/23 53 15

7/23 114.8

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

03-07/23 2.5 150 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

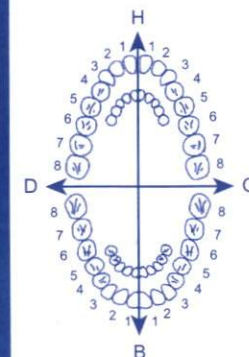
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

(Création, remont, adjonction)

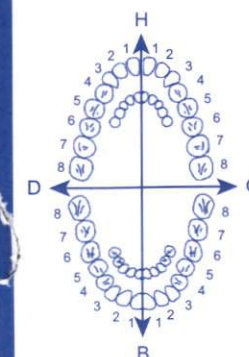
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



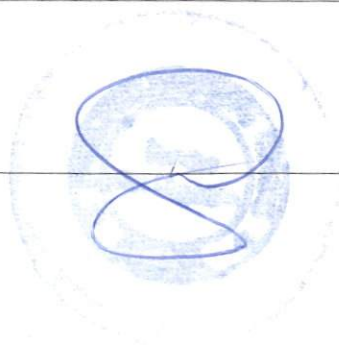
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 : 815667		N° SEJOUR : 230027638		<b>FACTURE N° 2303010883</b>		DATE D'ENTREE : 03/07/2023		DATE DE SORTIE : 03/07/2023				
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>EL OUAFI,Zohra</b> BINE LAMDOUNE RUE 46 NO 16 CASA								
MALADE : EL OUAFI,Zohra												
NOM JEUNE FILLE :												
TIERS PAYANT 1 :												
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :								
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
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>												
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00	
Intervenant : 46087 DR KCHIOUCHA OUAFAE					TOTAUX :	150.00					150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
					REMISE :		0.00	REGLE :		150.00	AVOIR :	
					RESTE DU:		0.00					
DATE FACTURE : 03/07/2023					EDITEE LE : 03/07/2023		PAR: KAABAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA							N° DE POLICE :		DATE AT :			
							Réglement 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 : 03/07/23

NOM & PRENOM : EL OUAFI ZOHRA

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : RX MAIN G F/3/4

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

DR:

INPE  
022.50.48.06

وصفة  
ORDONNANCE

le 03.07.23

Eloua & Zohra

Rx M - gele F + 3/4



0000964595 2 01/01/1950  
EL OUAFI  
ZOHRA P100  
123003230 06/07/2023  
CHR.GLE & VISCERALE  
SALLE LIT

le 06/05/23

PHARMACIE LUMIERES  
LAHRICHI SARL AU  
550, Bd. Al Gods, Inara, Am Chok  
Casablanca - INPE : 092040427  
Tél.: 05 22 52 40 29

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V: 53DH10  
118000 060833

LOT: 22E010  
PER: 03 2025

$$\frac{19.75}{114.8}$$

1937 x

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

OROPROPOLIS OROPROPOLIS



OROPROPOLIS



SPRAY BUCCAL  
Oral Spray

LOT: 269/PER: 03/2026  
PPC: 55.10 DHS

OROPROPOLIS  
SPRAY BUCCAL  
Oral Spray

*Extrait Actif de Propolis*

**LABINDUS**  
SANTÉ AU NATUREL  
Laboratoires LABINDUS  
Distribué par PHARMASOFT  
60, Zone Industrielle Ain Chel 30000 FES  
Tel : 0535603088 Fax : 0535603918  
BP : 5751 Fes - MAROC  
Site web : [www.pharmasoftlab.ma](http://www.pharmasoftlab.ma)



Lot N° :  
6 749976 877431

Per :  
ppc :

Oral Spray  
**OROPROPOLIS**  
SPRAY BUCCAL



**OROPROPOLIS**

5

**OROPROPOLIS**

**Indications :**

- \* Favorise la cicatrisation de la muqueuse bucco-gingivale.
- \* Ulcérations de la cavité buccale.

**Mode d'emploi :**

- \* Diriger l'embout vers la zone à traiter et exercer une pression franche.
- \* Renouveler l'opération avant chaque repas 4 à 5 fois par jour.

**Avertissement et contre indication :**

- \* Eviter tout contact avec les yeux.
- \* Ne pas laisser à la portée des enfants.

**Conditions de stockage :**

- \* A conserver à une température ambiante.

**Ingrédients :**

ALCOHOL, AQUA, PROPOLIS EXTRACT,  
EUCALYPTUS GLOBULUS LEAF OIL,  
EUGENIA CARYOPHYLLUS BUD OIL,  
CINNAMOMUM ZEYLANICUM BARK OIL

15ml



**Uses :**

- \* Promote to cicatrization of the gingival mucosa.
- \* Ulceration of the oral cavity.

**Application :**

- \* Direct on the zone to treat, and exert a pressure.
- \* Apply before each meal 4 or 5 times per a day.

**Warnings and contraindication :**

- \* Avoid contact with eyes.
- \* Don't leave within the reach of children.

IMPRIMEPEL  
05/22



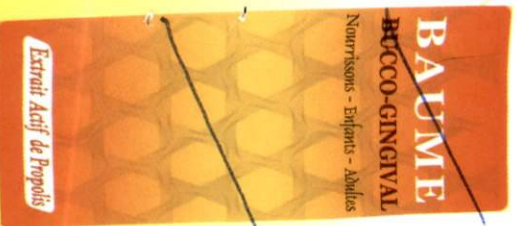
OROPROPOLIS OROPROPOLIS

ORO ~~PROPOLIS~~

OROPROPOLIS

BAUME BUCCO-GINGIVAL

Nourrissons - Enfants - Adultes

LOT : 347/PER : 05/2025  
PFC : 59.70 DHSLaboratoires LABINOUS  
Distribué par PHARMASOFT  
60, Zone Industrielle  
Ain Chkef 30000 - Fes  
Tél : 0535603388 Fax : 0535603918  
BP : 5751 Fes - MAROCSite web : [www.pharmasoftlab.ma](http://www.pharmasoftlab.ma)

05B-0414



3 529976 877104

Lot N° :  
Per :

Nourrissons - Enfants - Adultes

BAUME BUCCO-GINGIVAL

**OROPROPOLIS**



**OROPROPOLIS**

**OROPROPOLIS**

**Indications :**

- \* Irritation de la muqueuse bucco-gingival.
- \* Aggressions dues aux prothèses dentaires.
- \* Eruption dentaire du nourrisson et du petit enfant.
- \* Hygiène de la cavité buccale.

**Mode d'emploi :**

Appliquer une noisette de baume sur un doigt propre et masser les gencives, jusqu'à pénétration complète. Renouveler l'opération aussi souvent que nécessaire.

**Ingrédients :**

GLYCERIN, AQUA, MEL, SORBITOL, PROPYLENE GLYCOL, PROPOLIS EXTRACT, PECTIN, XANTHAN GUM, SILICA, AROMA.

**Restriction d'utilisation :**

**Sujet allergique au miel et aux pollens.**

**20g**



**OROPROPOLIS**  
**GINGIVAL BALM**

Babies - Children - Adults

**Indications :**

- Irritations of the bucco-gingival mucous membrane.
- Dental eruption of the nursing.
- Aggressions to the dental prostheses.

**Application :**

With a clean finger, apply a small Oropropolis portion balm and massage the gums, as often as necessary.

**Contraindication :**

Persons allergic to honey and pollens.

IMPRIMEPEL  
02/21