

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 84102

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : J.E.B.BAR E

Alhassan

Date de naissance : 08/10/166

Adresse :

Tél. 0661411170 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : NAHED Alouha ..... Age : 17 ans

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : entorse cheville couche

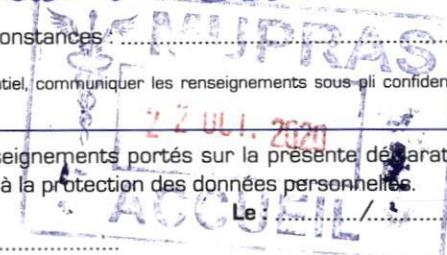
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) : Jel



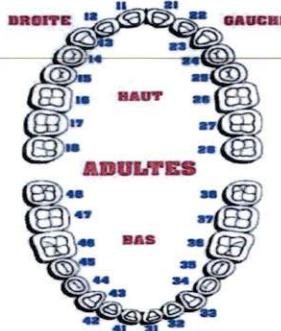
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

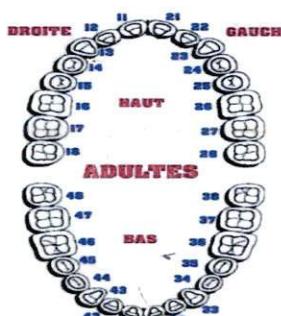
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES



Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
			<b>Montant des soins</b>
			<b>Début d'exécution</b>
			<b>Fin d'exécution</b>
			<b>Coefficient des travaux</b>

## O.D.F. Prothèses dentaires



### Détermination du coefficient masticatoire

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

## VOLET ADHERENT

NOM : .....

Mle : .....

DECLARATION N° W15-025850



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

**Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois**

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

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle : 8400
Nom & Prénom : <i>Mohamed NAHED</i>		
Fonction : <i>Ex - Agent</i>	Phones : <i>0662411420</i>	Date : <i>10/10/2020</i>
eMail : <i>662411420@gmail.com</i>		
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient : <i>Nouha NAHED</i>
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Age : <i>Naissance</i>
Nature de la maladie		

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>K15</i>		<i>540,86</i>

PHARMACIE	Date
	<i>10/10/2020</i>

Montant de la facture

*75,60 DH*

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : <i>10/10/2020</i>
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires

<i>Z15</i>	<i>150,-</i>
------------	--------------

AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : <i>10/10/2020</i>
Nombre		Montant détaillé des Honoraires

AM	PC	IM	IV	
				<i>200,00</i>

# وصفة

## ORDONNANCE



الإنارة II  
INARA II

Nouha NANCY  
Valéanne de  
belle

TEL: 05 22 94 20 43 / FAX: 05 22 94 20 40

60, BOULEVARD CHAMPI CASABLANCA

Non valable pour toute autre transaction

Entre en dégression (CD)

LOCAMED SERVICE

MATERIEL MEDICAL

MDCCINL R. VITSTE  
Docteur Latif RAFAI

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

المملكة المغربية  
Royaume du Maroc



الضمان الاجتماعي  
CNSS  
Le devoir de vous protéger

PHARMACIE CHARM CHEIKH SARL  
N° 600 LOT 12 AVAL QODS  
AIN CHOK - CASABLANCA  
TÉL: 05 22 50 65 10  
ordonnance

مصحة  
POLYCLINIQUE



ادارة II  
INARA II

Nouha Ndiollo/22/09  
Le



RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V: 53DH10  
6 118000 060833

3.00

Relaxol

24.21.;

kalas)

HET



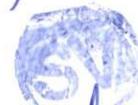
deux longs

sept gél.

un auquel

rester

MEDECIN DE LA MARCHE  
Docteur Laïla SITI SIDI



months

seins

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

75,60

وصفة  
ORDONNANCE



الإنارة II  
INARA II

NAHID noha le 10/10/2008

PCHenaff Gaf

Doctorat de RAFFAI  
MEDDECCIN RADIOTHERAPIE





ICE : 001526686000016

Facture

UF20000129586

CASABLANCA Le, 10/10/20

**DÉPOT GHANDI**

Agent commercial : AYOUN

Mode de règlement : CB/3192

**ICE CLIENT :**

**INP CLIENT :**

**N° CLIENT : CL000008**

Clients Comptoirs Ghandi

MME NOUHA NAHED

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise	P.U.net. TTC	Montant TTC
200915	2	CANNE ANGLAISE ADVANCE BI-MATIERES VIOLET	2,00	100,00	0%	100,00	200,00

Code	Base	Taux	Montant
2	166,67	20%	33,33
<b>Total</b>	166,67		33,33

**Total HT** 166,67  
**Total TVA** 33,33  
**Total TTC** 200,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC :

Deux cents Dirhams

Call Center 05 37 63 27 28 / 05 22 86 22 22 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

LOCAMED SERVICE S.A.R.L AU CAPITAL 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150

Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc

Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

**CASABLANCA**

Arjoun: 7, rue Lahcen Arjoun [ face hôpital 20 Août], quartier des Hôpitaux.

Tél : 05 22 86 39 89/05 22 86 16 83/05 22 86 37 17

Ghandi: 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél : 05 22 94 20 43/05 22 86 22 22

Goulmima: 627, rue Goulmima Casa-Anfa [ à proximité hôpital My Youssef] Tél : 05 22 20 20 98/05 22 20 21 04

Hôpitaux: 46, rue des hôpitaux. Tél : 05 22 47 63 70/05 22 47 48 30

**RABAT**

Zaers: Angle Av. Mohamed VI et Av El Haouz. Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Mamounia: 11, rue Mamounia (ex CTM) centre ville. Tél : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

**MARRAKECH** Avenue, Yaacoub el Mansour N°: 2 Résidence Ahlam Guéliz (près de centre Américain) Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30

6, résidence Saghina2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia. Tanger Tél : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67

**TANGER** Angle Av des FAR et rue Ahmed Chbihi [en face de central banque chaab] Tél : 05 35 62 51 62/05 35 62 51 61

**FÈS** Angle Avenue Ahmed Diori et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 28/05 37 37 74 75

**KÉNITRA**



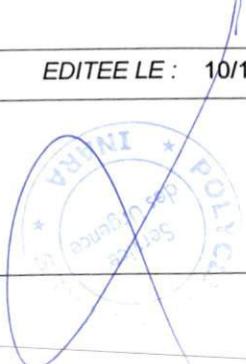
POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA  
 Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA  
 Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06  
 RDV : 0522-50-45-13  
 INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



FACTURE N° 2005008227

N° IPP : 851693	N° SEJOUR : 200026625					DATE D'ENTREE : 10/10/2020		DATE DE SORTIE : 10/10/2020		
ASSURE :						UF: 5002 URGENCES		DESTINATAIRE :		NAHED,Noha
MALADE : NAHED,Noha		N° IMMAT C.N.S.S :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
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	% / Dh	MONTANT
AUTRES ACTES COTES EN K										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	15.00	22.50	337.50					0.00	337.50
FOURNITURES MEDICALES				203.36					0.00	203.36

Intervenant : 10262 DR RAFAI LATIFA (MEDECINE GENERALE)		TOTALS :		540.86						540.86
Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENT QUARANTE DHS ET QUATRE-VINGT SIX CENTIMES				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	540.86		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 10/10/2020		EDITEE LE : 10/10/2020		PAR: BOUNAS		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				



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

**DATE :** 10/10/20

**NOM & PRENOM :** NAHED NOHA

**MEDCIN TRAITANT :**

**EXAMEN :** RX CHEVILLE G F/P

- Absence de lésion osseuse d'allure post-traumatique visible sur ces incidences.

