

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.

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

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° P19- 064498

NID: 44792

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8400 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JEBBARE Abla

Date de naissance : 08/10/1966

Adresse :

Tél. 0661414170 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : NAHED Nourha Age: 17ans

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

Nature de la maladie : entorse cheville gauche

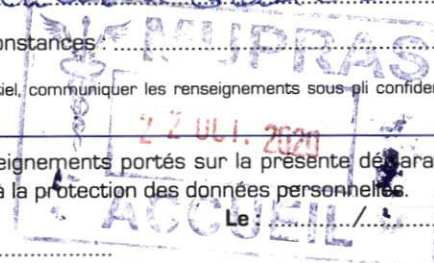
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :





SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veillez fournir une facture

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												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	D 00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G		Montant des soins	
	H															
	25533412	21433552														
D 00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
G																
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis														
		Fin de l'exécution														

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			



W15-025850

DATE DE DEPOT

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle : 8400
Nom & Prénom		Naoufal NAHED
Fonction : Ex-Agent	Phones	0669411470
eMail		ATILAT
MEDECIN		Prénom du patient Naoufal NAHED
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age 17ans	Date : 10/10/2020
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
K15		540186
PHARMACIE		Date 10/10/2020
Montant de la facture		
75,60 DH		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : 10/10/2020
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
215	1620	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : 10/10/2020
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV
		200,00
		DA

LOCATED SERVICE



الضمان الاجتماعي

+0522 94 20 40 +0522 94 20 40

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة
ORDONNANCE



الإدارة II
INARA II

le 10/10/2008
Nouria NADIR
Une jeune de
be fille

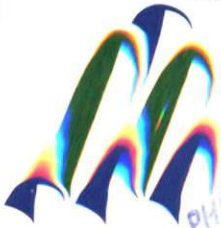
TEL: 05 22 94 20 43 / FAX: 05 22 94 20 40
60, BOULEVARD CHANDI - CASABLANCA

Non valide pour toute autre transaction
Vente en gros (G)

LOCAMED SERVICE
MATÉRIEL MÉDICAL

Docteur Latifa RABAI
MEDECIN GYNISTE

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

PHARMACIE CHARM CHEIKH SARL
N° 600 LOTS HAMRA AV AL QODS
AÏN CHOK - CASABLANCA

ORDONNANCE
TEL: 05 22 50 65

مصحة
POLYCLINIQUE



الإنارة II
INARA II

Nou HA N A 10/10/2020
HEI

2250

FELDENE
20 mg
UT. A. :
LOT N° : 1285690
P.P.V. : 2250

09366060/7

dene long
septen.

in a l'interes

le 25

Relaxol 4 M

24 21.5

mark

2015

kl 25

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



الضمان الاجتماعي

ⵜⴰⵎⴰⵔⵜ ⵜⴰⵖⴻⵔⴰⵏⵜ ⵜⴰⵙⵓⵔⴰⵏⵜ

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



الإدارة II

INARA II

NAHID NOHA le 10/10/2020

Prescription 654

Docteur LATIFA RAFAI
MEDECIN GENERALISTE





Locamed

Santé & Confort

MATÉRIEL MÉDICAL

ICE : 001526686000016

Facture

UF20000129586

CASABLANCA

Le, 10/10/20

DEPOT GHANDI

Agent commercial : AYOUB

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
Total	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

TANGER 6, résidence Saghinia2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia . Tanger Tél : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67

FÈS Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chbihi (en face de central banque chaabi) Tél : 05 35 62 51 62 / 05 35 62 51 61

KÉNITRA Angle Avenue Ahmed Dion et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 28 / 05 37 37 74 75

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 :	851693	N° SEJOUR :	200026624	FACTURE N° 2003009626		DATE D'ENTREE : 10/10/2020		DATE DE SORTIE : 10/10/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE : NAHED,Noha							
MALADE : NAHED,Noha											
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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

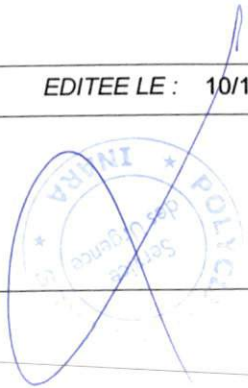
Intervenant :	186999 EQUIPE RADIO DE RADIOLOGUES (RADIOLOGIE)	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS			REMISE :	0.00	REGLÉ :	150.00		AVOIR :	
			RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE :	10/10/2020	EDITEE LE :	10/10/2020	PAR:	BOUNAS	ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA					N° DE POLICE :	DATE AT :			
			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				

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 : 851693	N° SEJOUR : 200026625	FACTURE N° 2005008227		DATE D'ENTREE : 10/10/2020		DATE DE SORTIE : 10/10/2020				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : NAHED,Noha		UF: 5002 URGENCES		NAHED,Noha						
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :								
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)	TOTAUX :	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 :		
			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 : 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.

