

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR 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

- Reclamation : 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

N° M20- 0000040

99218

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2200 Société : OTEITE
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : DAFALINGOULAY HACHEM
 Date de naissance : 1.1.1951
 Adresse : DARB, KABIR Rue 13 N° 52 CAS
 Tél. : 06 64 06 96 71 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: D. TRAC, QUARTIER DE L'HORLOGE, BOUZAACHANE]
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Bonavit Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Crise au Hémisphère
 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.

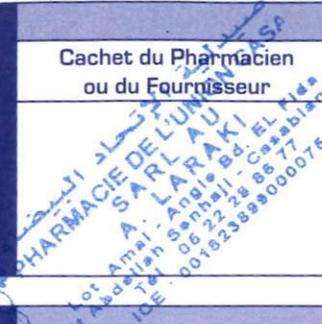
Fait à : / / Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
12/2011		1	150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03.11.2021	154,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

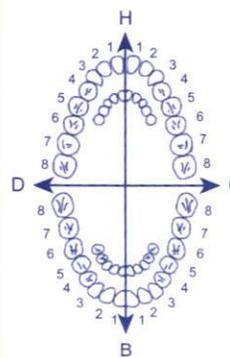
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

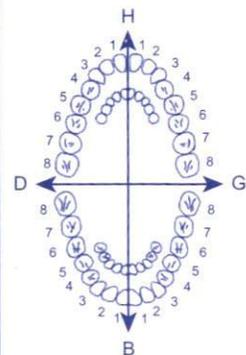
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



(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



الضمان الإجتماعي

ⵜⴰⵎⴰⵔⵜ ⵜⴰⵎⴰⵔⵉⵜ ⵜⴰⵏⵓⵔⵉⵜ

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة ORDONNANCE

مصحة
POLYCLINIQUE



الإنارة II

INARA II

le 02/10/20

Benarib Zohra

n
2500

Tramal



4482

1 - 0 - 1

n
7510

Epi...
1 - 1 - 1



4483

n

1 - 1 - 1

n
5420

Cent...



n
15430

PHARMACIE DE L'UNION CASA
SARI-AU
A. LARAKI
Boulevard Al Ouds Inara II - Ain Chok - CASABLANCA

DR. ZAHARIT
TRAITEMENT ORTHOPÉDIE
الطبيب العام والعيادة

Tramal® 50 mg ○
Chlorhydrate de tramadol
10 gélules



6 118000 040804

PPV: 25DH00

PER: 05/26

LOT: K1416

Epyca® 75 mg

Préparatine
14 gélules



PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

(PPV: 75DH10)

CARTREX® 100mg ○

20 comprimés pelliculés



6 118000 082736

LOT : 210618
EXP : 04/2025
PPV : 54,20DH

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 : 886831	N° SEJOUR : 210035070	FACTURE N° 2102011893		DATE D'ENTREE : 03/11/2021	DATE DE SORTIE : 03/11/2021
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		DESTINATAIRE : BOUARIB,Lalla Zahra	
MALADE : BOUARIB,Lalla Zahra		N° IMMAT C.N.S.S :			
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :			
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :			
TIERS PAYANT 2 :					
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
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 46136 DR ZAOUARI TARIK TOTAUX : 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 : 03/11/2021 DATEE LE : 03/11/2021 PAR: ZARIA

VISA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

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



14