

# 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.

## Prothèse :

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](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)

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.r.mupras.com](http://www.r.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

9461 N° P19-0028652

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9461 Société : AA1823

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEL EN KADEN Ned

Date de naissance : 05/03/65

Adresse :

Tél. : 0660371092 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : CRSE DASTH

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) :



# 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
12.02.2022	Consultation	4/12		Dr EL FARES MCH Spécialité Pédiatrie / Neonat / Cardiopédiatrie INPE: 091179903
12.02.22				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Date	Montant de la Facture
	12.02.2022	537,5

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

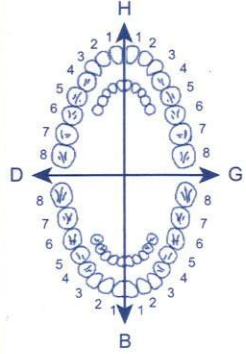
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

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

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

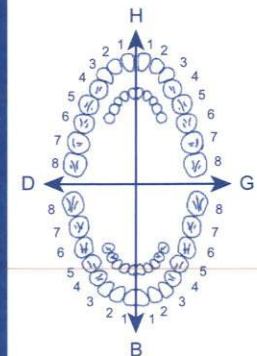
# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

المملكة المغربية  
Royaume du Maroc



الضمان الإجتماعي

ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE

معي  
POLYCLINIQUE



Mère - Enfant  
Hay Hassani

Dr EL FARES-Mehdi  
Pédiatre Réa-Médecin Cardiopneum  
INRE: 091179903

12/2/2022

~~Alma BEN ENKADEN~~

1/ Aspir 500 14pf

2/ Ventoline 4 souffles

3/ Paracétol 36pf

Le matin Après le

79,30  
PPV 19 DH 70  
PER 01/25  
LOT L108

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

UT. AV:  
PPV (DH):  
42,00

HARMACIE FARIS  
EL BAIDA  
928, Bd Mohamed VI  
t: 05 22 28 90 90 - NC: 373141

185.00 x 2

4) SAKFLU 150.

2 Boîtes x 2

x 1

6 Boîtes 2

LOT: GB10604  
PER: 02/2024  
PPV: 185 DH 00

LOT: GB11158  
PER: 08/2023  
PPV: 185 DH 00

537.00

**PHARMACIE FARIS**  
**EL BAIDA**  
928 Boulevard VI  
Tél: 05 22 28 94 00 - RG-273142

**Dr EL FARIS Mehdi**  
Pédiatre Réa-Néonatal Cardiologie  
INPE: 091179903

**PHARMACIE FARIS**  
**EL BAIDA**  
928 Boulevard VI  
Tél: 05 22 28 94 00 - RG-273142



POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S

Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI

20200 CASABLANCA

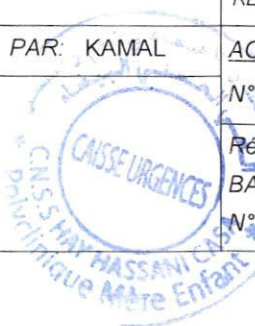
Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71

INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 727833	N° SEJOUR : 220004826	<b>FACTURE N° 2205001943</b>		DATE D'ENTREE : 12/02/2022		DATE DE SORTIE : 12/02/2022				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : BENELMKADEM,Alaa		UF: 5002 URGENCES		BENELMKADEM,Alaa						
NOM JEUNE FILLE :		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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE OXYGENOTHERAPIE PAR DEMI HEURE	FURG15	1.00	100.00	100.00					0.00	100.00

Intervenant : 470088 DR FARES MOHAMED EL MEHDI	TOTAUX :	100.00						100.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CENT DHS		REMISE :	0.00	REGLE :	100.00		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 12/02/2022	EDITEE LE : 12/02/2022	PAR: KAMAL	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :				
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S				
		BANQUE :		BMCE - YAACOUB ELMANSOUR				
		N° compte bancaire :		011 780 0000 71 210 00 60070 49				



POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S  
 Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI  
 20200 CASABLANCA  
 Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71  
 INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 727833		N° SEJOUR : 220004825		<b>FACTURE N° 2205001942</b>		DATE D'ENTREE : 12/02/2022		DATE DE SORTIE : 12/02/2022			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>BENELMKADEM,Alaa</b>					
MALADE : BENELMKADEM,Alaa											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 : REF. PC 2 :											
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	
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE		FURG15	2.00	100.00	200.00					0.00	200.00
OXYGENOTHERAPIE PAR DEMI HEURE											
CONSULTATION DE MEDECIN		CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00
CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F											
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					4.18					0.00	4.18
FOURNITURES MEDICALES					17.82					0.00	17.82

Intervenant : 470088 DR FARES MOHAMED EL MEHDI		TOTAUX :		412.00					412.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT DOUZE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:
				REMISE :	0.00	REGLE :	412.00		AVOIR :
				RESTE DU:	0.00				
DATE FACTURE : 12/02/2022		EDITEE LE : 12/02/2022		PAR: NEJMI		ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA						N° DE POLICE : DATE AT :			
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S			
						BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR			
						N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49			