

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 canaux, 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 canaux.

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

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
M22- 0028484

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9796 Société : 19 AM68

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ESALMI CHOUSSEINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661711713 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553			Montant des soins
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis
				Fin de

--	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-405901	
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		



W18-405901

DATE DE DEPOT

01/07/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9796
Nom & Prénom <u>ESSALMI LIHOSSAINE</u>		
Fonction : <u>RETRAITE</u>	Phones <u>0661 711713</u>	
Mail <u>lessalmi1@gmail.com</u>		
MEDECIN		
Prénom du patient <u>ESSALMI Oumaima</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>
Age <u>20</u>		Date
Nature de la maladie <u>Boite a 55</u>		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>e</u>	<u>1</u>	<u>45820</u>
PHARMACIE		
Date <u>06/05/22</u>		
Montant de la facture		
<u>174,00</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
	<u>200</u>	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV



الضمان الإجتماعي

ⵜⴰⵎⴰⵔⵜ ⵜⴰⵎⴰⵏⵏⴰⵢⵜ

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE

مصححة
POLYCLINIQUE



المحمدية

MOHAMMEDIA

le 01/06/2022

ESSALMI OUMAIMA

Neofortan 160

rep x 3

Dolur 1000 g

rep x 3/6 x c)

84,5 Neovane 200

18 h

89,5 Nexitane AB

12 h

PHARMACIE L'ESPERANCE
Dr. CHEROUAOUI ABDELKADER
636, Bd Abdelkrim El Khattabi
Tél : 05 23 32 46 19

Dr. SAHJALI
Médecine Générale
Polyclinique CNSS
Mohammédia
N° 061040088

Polyclinique CNSS Mohammédia, Hay INARA I

Tél : 05.23.32.47.61/60/62 - Fax : 05.23.32.47.61

NEOVIMAG®

MAGNÉSIUM MARIN - Vit.B6

300 mg



FORME ET PRESENTATION:

Gélule, boîte de 30.

PROPRIETES :

Neovimag® est à base de magnésium d'origine marine et de vitamine B6. Neovimag® contribue à un bon fonctionnement nerveux et musculaire de l'organisme : Il participe à réduire la fatigue physique et émotionnelle (nervosité, irritabilité, stress, difficulté d'endormissement et de concentration, surmenage) et à maintenir une fonction musculaire normale (un déficit en magnésium peut être la source de crampes musculaires et de fourmillements).

CONSEILS D'UTILISATION :

1 gélule par jour avec un grand verre d'eau.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Ne pas dépasser la dose journalière
- Ne pas laisser à la portée des enfants
- A conserver à l'abri de l'humidité

Complément alimentaire, ce n'est

Fabriqué par les Laboratoires Bioexpert N
Distribué au Maroc par MEDIPRO. Casab
Autorisation du ministère de la santé N°:
20211412620/MAV4/CA/DMP/18

Lot : NVM31

A consommer avant le : 02/2025

PPC: 84.50 DH



NEOVIMAG®

MAGNÉSIUM MARIN - Vit.B6

300 mg

NEOVIMAG®

MAGNÉSIUM MARIN - Vit.B6

300 mg



57#C003F
10/2024

Lot :
A consommer de
préférence avant le :
PPC: 83,50 DH

POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA
INARA I 20650 MOHAMMEDIA
Téléphone: 0523-32-47-59/60/62 Fax: 0523-32-47-61
INPE: 090001470 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	246369	N° SEJOUR :	220012035	FACTURE N° 2205005301		DATE D'ENTREE : 01/06/2022		DATE DE SORTIE : 01/06/2022			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : ESSALMI,Oumaima					
MALADE : ESSALMI,Oumaima											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTR 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 GENERALISTE		C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX											
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER		AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					9.62					0.00	9.62
FOURNITURES MEDICALES					2.08					0.00	2.08

Intervenant : V085 DR SAHLI ALI		TOTAUX :		99.20						99.20		
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DIX-NEUF DHS ET VINGT CENTIMES				PLAFOND PC :					ACOMPTE:			
				REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :		
				RESTE DU:		99.20						
				ACCIDENT DE TRAVAIL :								
DATE FACTURE : 23/06/2022		EDITEE LE : 23/06/2022		PAR: BOUKHA		N° DE POLICE :		DATE AT :				
VISA						Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA				
						BANQUE :		BMCE-CENTRE D'AFFAIRES-MOHAMMEDIA				
						N° compte bancaire :		011.787.0000152100060443.40				