

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.



Déclaration de Maladie
M22- 0028485

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9796 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ESALMI HOUSSEINE
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																					

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-405902	
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		



W18-405902

DATE DE DEPOT

01/07/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9796	
Nom & Prénom		ESSALMI LHOSSAINE	
Fonction :		RÉTRAITE	
Mail		lessalmi1@gmail.com	
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>		Age 20	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Anthologie			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Non			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C	1	80,00	
PHARMACIE		Date 22/07/2022	
Montant de la facture		39,80	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



الضمان الإجتماعي

الضمان الإجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE

مصلحة
POLYCLINIQUE



المحمدية

MOHAMMEDIA

le 22/06/2022

ESSALMI: Ouraina

29,80

Mefsal 7,5
unl x 0,5 an



1000ml Taz

sup 3/6 x 0,5



Dr. SAHNALE
Médecine Générale
Polyclinique CNSS
Mohammedia
INPE:08100038

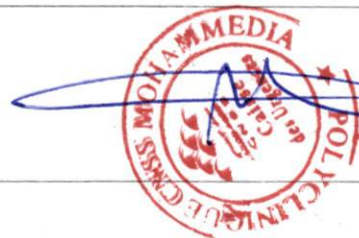
PHARMACIE EL KHATABI
Dr. CHEROUAOUI ABDELKADER
636 - Bd Abdelkrim El Khattabi
Mohammedia
Tél : 05 23 32 46 19

39,80



N° IPP :	291533	N° SEJOUR :	220011959	FACTURE N° 2205005272		DATE D'ENTREE : 22/06/2022		DATE DE SORTIE : 22/06/2022			
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		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE GENERALISTE		C	1.00	80.00	80.00					0.00	

Intervenant : V085 DR SAHLI ALI	TOTAUX :	80.00						80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
		REMISE :	0.00	REGLE :	80.00		AVOIR :	
		RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 22/06/2022		EDITEE LE : 22/06/2022		PAR: HIDA		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :				
		Règlement 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				



Doliprane® 500 mg

PARACETAMOL

comprimé

COMPOSITION ET PRESENTATION :

- Paracétamol.....500 mg
- Excipients : qsp 1 comprimé
- Boîte de 20 comprimés.

PROPRIETES :

Ce médicament est un **antalgique**. Il calme la douleur.
Il est **antipyrétique**. Il fait baisser la température en cas de fièvre.

INDICATIONS :

Ce médicament contient du paracétamol.
Il est indiqué dans les maladies avec douleur et/ou fièvre, telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, chez l'adulte et l'enfant à partir de 27 kg : (environ 8 ans).

CONTRE-INDICATIONS :

- Ne pas utiliser en cas :
- d'allergie connue au paracétamol
- maladie grave du foie.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Il existe des dosages plus adaptés pour l'enfant de moins de 8 ans environ).
- Compte-tenu des posologies recommandées, il est interdit d'aspirine et de paracétamol.
- Avant de prendre du paracétamol, il est nécessaire de consulter un médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.
- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours, s'aggrave. Ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES IL FAUT SIGNALER SYSTEMATI- QUEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN

Ce médicament contient du paracétamol, d'autres médicaments. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose recommandée.

Doliprane® 500 mg
PARACETAMOL
20 COMPRIMES SECABLES



PPV:10DH30
PER:03/25
LOT:L1135

