

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 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° M21- 062421

124668

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2801 Société : RARE

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SADEK ABDELKADAR

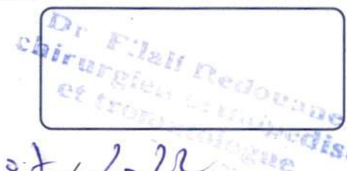
Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : SALMA 2 Rue 28 Fm. 68 N.A.

Tél. : 0661933520 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/01/2022

Nom et prénom du malade : ABDELKADAR SADEK Age :

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

Nature de la maladie : P. de l'infirmité

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

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
28/07/22	K	20	675,31	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE ERRATA
TAZI DRISS
Cité Djemaa-Casablanca
Tél: 05 22 37 04

28/07/22

26030

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires



18/07/22

231

310,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

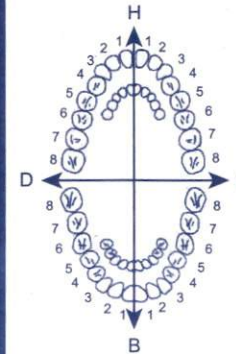
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

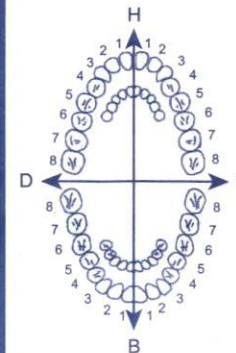
FIN
D'EXECUTION

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



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة ORDONNANCE

PHARMACIE ERRAHMA
Tazi Driss
Cité Djemaa-Casablanca
Tél: 05 22 37 04 42

le 28/12/22

AS de PK des Sedek.

22,00

- Cédex (SV)

47,80

2 p x 3

- Dextro (SV)

49250 2 p x 3; (9850 x 5)

- H2n 35000 i

19800 - 11 par 3 j

- Noleuphor Cui

7 applications 3!

AG030

Boulevard AL Ouds, Inara II - Ain Chok - Casablanca

Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

Lot N°:
 EXP:
 PPV:
 08'4h

Lot N°:
 EXP:
 PPV:
 Add

LOT PUC: 198.00DH
 C143
 2024-05
 CNK 3259-850
 REV. 2021/01/C
 3 401020 354451 >



HIBOR® 3500 UI/0,2 ml
Bémiparine sodique
2 seringues

ميتبور

بیمپارین الصوديوم

93500 مضادة Xa 0,2 مل



حقن معبأة مسبقا
بمحلول للحقن تحت الجلد

2 حقنة معبأة مسبقا 0,2 مل

21207A

LOTN°:

11 2023

EXP:

P.P.V:

98,50 DH



HIBOR® 3500 UI/0,2 ml
Bémiparine sodique
2 seringues

ميتبور

بیمپارین الصوديوم

93500 مضادة Xa 0,2 مل



حقن معبأة مسبقا
بمحلول للحقن تحت الجلد

2 حقنة معبأة مسبقا 0,2 مل

21207A

LOTN°:

11 2023

EXP:

P.P.V:

98,50 DH



HIBOR® 3500 UI/0,2 ml
Bémiparine sodique
2 seringues

ميتبور

بیمپارین الصوديوم

93500 مضادة Xa 0,2 مل



حقن معبأة مسبقا
بمحلول للحقن تحت الجلد

2 حقنة معبأة مسبقا 0,2 مل

21207A

LOTN°:

11 2023

EXP:

P.P.V:

98,50 DH



HIBOR® 3500 UI/0,2 ml
Bémiparine sodique
2 seringues

ميتبور

بیمپارین الصوديوم

93500 مضادة Xa 0,2 مل



حقن معبأة مسبقا
بمحلول للحقن تحت الجلد

2 حقنة معبأة مسبقا 0,2 مل

21207A

LOTN°:

11 2023

EXP:

P.P.V:

98,50 DH



HIBOR® 3500 UI/0,2 ml
Bémiparine sodique
2 seringues

ميتبور

بيميبارين الصوديوم

0,2/3500 مغ مضادة Xa مل

حقن معبأة مسبقا
بمحلول للحقن تحت الجلد



2 حقنة معبأة مسبقا 0,2 مل

21207A

LOTN°:

11 2023

EXP:

P.P.V:

98,50 DH



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II



وصفة
ORDONNANCE

le 18/07/2022

Mme Abdelkader Sadek

Trauma. fermé thoracique +
Pied gche

⇒ Rx Gril Costal
+ face

Rx Pied gche } F
3/4

Dr. ERKAIS MAROUANE

Médecin Généraliste

POLYCLINIQUE CNSS INARA

INPE 0522 21 30 90

Boulevard AL Oods, Inara II - Aïn Chok - Casablanca
Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la constatation de l'état de malade :

.....

2) Renseignements cliniques sommaires :

.....

Patient au service de
généraliste

.....

3) Traitement envisagé et actes :

.....

Patient

K2

.....

2) Durée prévisible du traitement :

.....

.....

A 68 LE 28/07/2022

Signature

Sturmann
et
Bredist
logue



N° IPP : 918000	N° SEJOUR : 220027867	FACTURE N° 2203010699		DATE D'ENTREE : 18/07/2022		DATE DE SORTIE : 18/07/2022				
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE		DESTINATAIRE : SADEK, Abdelakder						
MALADE : SADEK, Abdelakder		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
ACTES DE RADIOLOGIE	Z	31.00	10.00	310.00					0.00	310.00
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE										

Intervenant : 10448 DR LAHLOU HOURIA (RADIOLOGIE)	TOTAUX :	310.00						310.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT DIX DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	310.00			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 18/07/2022	EDITEE LE : 18/07/2022	PAR: HAFID	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



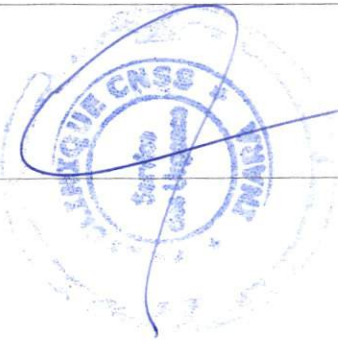
N° IPP : 918000	N° SEJOUR : 220027900	FACTURE N° 2205008242		DATE D'ENTREE : 18/07/2022		DATE DE SORTIE : 18/07/2022	
ASSURE :				DESTINATAIRE :			
MALADE : SADEK,Abdelakder		UF: 5002 URGENCES		SADEK,Abdelakder			
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :					
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :					
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		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
AUTRES ACTES COTES EN K ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	20.00	22.50	450.00					0.00	450.00
FOURNITURES MEDICALES				165.31					0.00	165.31

Intervenant : 04112021 DR FILALI REDOUANE ORTHOPEDISTE	TOTAUX :	615.31						615.31
--	----------	--------	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENT QUINZE DHS ET TRENTE ET UN CENTIMES	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	615.31		AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00					

DATE FACTURE : 18/07/2022	EDITEE LE : 18/07/2022	PAR: HAFID	ACCIDENT DE TRAVAIL :
VISA			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





SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 18/07/22

NOM & PRENOM : SADEK ABDELKADER
MEDCIN TRAITANT : DR. CARLAL
EXAMEN : FUSEE + GROS CARRÉ

Fracture non déplacée de
la base de 5^e métacarpe
gauche

OUAFAE KCHIOU
MEDECIN RADIOLOGUE
Res. AL AMANE CH12, 1111
95, AIN SEBAACASABLANCA
INPE 091036269