

## 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.



139658  
**Déclaration de Maladie : N° S19-0048483**

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11692 Société : RAN  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ANNOUAA KHARID Date de naissance : 06/23/25  
Adresse : Missimi  
Tél : 0661924376 Total des frais engagés : 658,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/11/2022  
Nom et prénom du malade : AMROULLAH HASSAN Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Nause  
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 : 01/12/22

Le : 05/11/22

Signature de l'adhérent(e) :

### 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



# 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
5/11/22			190,00	DR HOUMAME MOHAMED Pediatre

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROUTE EL KRAHIM Km 1,000 Ouled Ahmed Dar Bouazza CASABLANCA GSM 071 63 31 85	27/11/22	308,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service Radiologie CASA	27/11/22	2x6	160,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

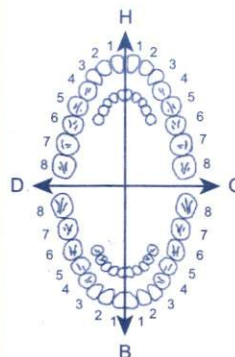
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 de l'ODF.

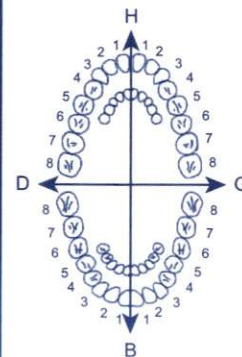
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

# 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



COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الإجتماعي

+0108+0+ loE3+

CNSS

Le devoir de vous protéger

# وصفة

## ORDONNANCE

مركز  
POLYCLINIQUE



Mère - Enfant  
Hay Hassani

Al Boulaïk Harouane Le 25/11/22

79,70

① AZIX 500

1 cp / j 3j

40,00

② cotimes 20mg

2 cp / j le matin

99,00

③ oestes 20mg

1 sel < matin

79,50

④ Fehopolis 500mg

10,30

2 a - 3 j

⑤ Soli pene 500

1 cp x 3 j si T > 38 306,10

Lot: 220124  
A consommer  
de préférence avant le: 01/2025  
PPV: 79,50 DH

PPV: 79DH70  
PER: 06/25  
LOT: L2207

LOT 211316  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

PPV: 40DH00  
PER: 08/25  
LOT: L2795

PPV: 10DH30  
PER: 08/25  
LOT: L2784



POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT  
 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 : 759498 N° SEJOUR : 220039687

FACTURE N° 2205014292

DATE D'ENTREE : 25/11/2022 DATE DE SORTIE : 25/11/2022

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : AMROULLAH, Marouane

AMROULLAH, Marouane

NOM JEUNE FILLE :

UF: 5002 URGENCES

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
CONSULTATION DE MEDECIN										
CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F	CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00

Intervenant : M0400016 DR. HOUMANE MOUNA

TOTAUX : 190.00

190.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
 CENT QUATRE-VINGT DIX DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE :

AVOIR:

RESTE DU: 190.00

DATE FACTURE : 25/11/2022

EDITEE LE : 25/11/2022

PAR: HAYAT

ACCIDENT DE TRAVAIL :

N° DE POLICE :

DATE AT :

VISA

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT  
 BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR  
 N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49

POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT  
 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 : 759498	N° SEJOUR : 220039688	<b>FACTURE N° 2203011227</b>		DATE D'ENTREE : 25/11/2022	DATE DE SORTIE : 25/11/2022
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE		DESTINATAIRE :	
MALADE : AMROULLAH, Marouane		N° IMMAT C.N.S.S :		AMROULLAH, Marouane	
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										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	16.00	10.00	160.00					0.00	160.00

Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO .	TOTAUX :	160.00					160.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :				ACOMPTE :	
CENT SOIXANTE DHS		REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
		RESTE DU :	160.00				
DATE FACTURE : 25/11/2022	EDITEE LE : 25/11/2022	PAR : HAYAT	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :			
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT			
		BANQUE :		BMCE - YAACOUB ELMANSOUR			
		N° compte bancaire :		011 780 0000 71 210 00 60070 49			



# BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical  
demandeur code

NOM DU MALADE A Moullah Narsuene

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

## Renseignements clinique

bon 2 douleurs  
thoraciques

## Examen demande

Rx Thorax  
face

Le médecin traitant

DR HOUMAME MOUMINE  
Radiologue

Z =

PC =

K =

URGENT

☒ RAPIDE

NON URGENT

24 x 30

36 x 43

35 x 35

18 x 24

30 x 40

35 x 35

13 x 18

15 x 40

Biffer les mentions inutiles

Total clichés =

Total posés =

Casablanca, le 25-11-2022

SERVICE DE RADIOLOGIE

IDENTITE PATIENT (E)

AMROULLA Marguane

EXAMEN DEMANDE PAR

:

RADIOGRAPHIE THORAX FACE

RESULTATS :

- Absence de lésion pleuro-parenchymateuse d'allure évolutive.
- La silhouette cardio-médiastinale est d'aspect normal pour l'âge.

Dr M. THEROUNI  
MEDECIN RADIOLOGUE  
CHSS HAY HASSANI  
CASABLANCA