

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

- 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- № 000692 par *Daoudi*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 2785 Société : RAM RAM. 164968

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DAOUDI Abdel Hamid

Date de naissance : 1957

Adresse : Bloc 4. N° 330 bensergar Agadir

Tél. : 0664197279 Total des frais engagés : ... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Jr. SEMALI ELALAMI Mohamed
- Médecin Vacataire -
Sce. Urgences
Polyclinique CNSS - Agadir
Télé. 041229238

Date de consultation : 31/5/2019 Nom et prénom du malade : ISMAÏL DAOUDI Age : ...

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Jointure

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 : Agadir Le : ... / ... / ...

Signature de l'adhérent(e) : DAOUDI

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- № 000692

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : ...

Nom de l'adhérent(e) : ...

Total des frais engagés : ...

Date de dépôt : ...

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le règlement des Actes
31/05/23	CN		150,00	<i>DR. SELMI MAMANI Mohamed Spécialiste de la Prostéthique - INPE - 24 229238</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MASSIRA N° 57 Av. Jamal Abdennacer Q. Al Massira - AGADIR tel : 05 28 22 37 25	31/05/2023	128,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

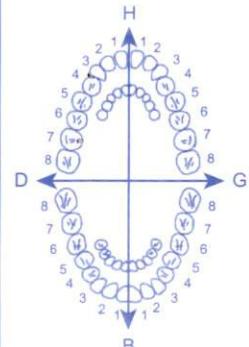
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

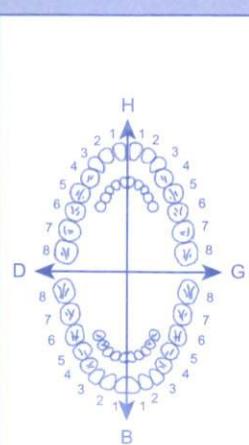
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaire, 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				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Pharmacie AL MASSIRA
N° 57 Av. Jamal Abdennacer
Q. Al Massira - AGADIR
Tél : 05 28 22 37 25

**SERVICE DES
URGENCES**
24/24

- * Cardiologie
- * Gastro-Entérologie
- * Pédiatrie (Neonatalogie)
- * Dermatologie
- * Endocrino - Diabétologie
- * Pneumo - Physiologie
- * Ophtalmologie
- * Anesthésie - Réanimation
- * Urologie
- * Chirurgie Viscérale et digestive
- * Coelio - Chirurgie
- * Gynéco - Obstétrique
- * Traumato - Orthopédie
- * Neuro - Chirurgie
- * O.R.L.
- * Biologie (laboratoire)
- * Radiologie

**CENTRE
D'HEMODIALYSE**

مصحة الضمان الاجتماعي أكادير
POLYCLINIQUE DE LA C.N.S.S - AGADIR

مصحة
POLYCLINIQUE



أكادير
AGADIR

M:

Agadir, le : 31/5/23

Dr. SEMIALLI EL ALAMI Mohamed,
Médecin Vaccinale,
Sect. Urgences, CNSS, Agadir
Tél. 05 28 22 37 25

12.00 ~~No 26 no 6817 SV~~

11.30 ~~124 X 27 SV~~

10.20 ~~No 26 no 6817 SV~~

46.00 ~~124 X 37 SV~~

No 801 ~~124 X 37 SV~~

URGENCES
05 28 82 58 18

Consultation RDV
05 28 82 59 66

Pharmacie AL MASSIRA
N° 57 AV. JEMAL Abdennacer
Q. Al Massira - AGADIR
Tél : 05 28 22 37 25

100.00
① ~~Enterogermina 4M~~

~~178.50~~

~~29 P. 1.~~ AD/

Dr. SEMIA EL ALAMI Mohamed
- Médecin Vétérinaire -
Soc. Urgences
Polyclinique CNA - Agadir
INP : 04129238

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Aïn sebaï Casablanca
Enterogermina 4 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V 100,00 DH
6 118001 082216



Composition :

Paracétamol..... 500 mg
 Excipients q.s.p 1 comprimé

التركيب :
 باراسيتامول 500 ملخ.
 فرسن واحد ساع كمية كافية لـ

1)
Durée	Matin	Midi	Soir

AMM : 133/12DMP/21/NCP

Laboratoires PHARMA 5

Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc
 Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable



Dolostop®

500 mg

Paracétamol

Douleurs et fièvre

Dès 27 kg

20

comprimés
 Voie orale

LOT : 7221

UT. AV : 02-25

P.P.V : 10 DH'20

PHARMA 5

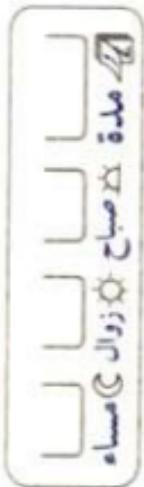
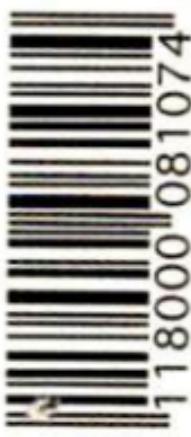
دوالجا

دوالجا
معقم دماغي

5
ملجع

Vogalene® 5 mg
10 Suppositoires

10 x
تجاميل



LOT : 220695
PER : 05-2025
PPV : 11,30DH

756.174.05.18

COOPER PHARMA

سسا

كلوريدرات دروطافرلين.

فوريت 80 ملخ

20 قرصا - عن طريق الفم



Médicament délivré sans ordonnance.
دواء مسلم دون وصفة طبية.

Tenir hors de la portée et de la vue des
enfants.

يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال.

Lire attentivement la notice avant
utilisation.

اقرأ النشرة جيدا قبل الاستعمال.

O

NO - SPA FORTE 80MG

CP 820

P.P.V : 45DH00



6

LOT : 22E006

PER : 06 2025



Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc, Route de Rabat R.P.1
BP2611, Aïn Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :
Maphar, Km 10, Route côtière 111, Ql-Zenata,
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Posologie :
1 à 2 comprimés à faire dissoudre dans un verre d'eau
après les repas ou au moment des malaises digestifs.
Lire attentivement la notice.

الاطفال متناول في يترك لا

Ne pas laisser à la portée des enfants

Laboratoires LAPROPHAN S.A.
21, Rue des Oudaya - Casablanca
Fabriqué au Maroc sous licence des Laboratoires UPSA (France).

NORMOGASTRYL
20 comprimés
effervescents



6 118000 030904

ل

نورموگاستريل

20 قرصاً فائزرا

PPV 120400
EXP 12/2026
LOT 2D035 2



POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR
 Extension X, Rue Moulay Youssef
 80000 AGADIR
 Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24
 INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	658290	N° SEJOUR :	230034968	FACTURE N° 2305014155				DATE D'ENTREE :	31/05/2023	DATE DE SORTIE :	31/05/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :	DAOUDI,Ismail		
MALADE :	DAOUDI,Ismail				UF:	5002 URGENCES					
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :						
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	
CONSULTATAION DE MEDECIN.	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX	AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				14.00					0.00	14.00	
FOURNITURES MEDICALES				1.02					0.00	1.02	

Intervenant :	20182 DR SEMLALI EL ALAMI MOHAMED (GENARALISTE)	TOTAUX :	150.02						150.02	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS ET DEUX CENTIMES				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	150.02		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE :	31/05/2023	EDITEE LE :	31/05/2023	PAR:	TAIBI	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>				
VISA					N° DE POLICE :	DATE AT :				
				Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR					
				BANQUE :	BMCE - AGADIR					
				N° compte bancaire :	011.010.0000.01.210.00.60686.03					

