

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

N° M21- 0026512

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2027 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JADOUAL MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/11/2023

Nom et prénom du malade : JADOUAL Mohamed Age : 1974

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

Nature de la maladie : infarctus coronaire

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) :



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

PHARMACIE FAMILIALE INARA  
SARL AU  
Hay Mry Abdellah Rue 187  
N°15 Casa Tél: 0529 294 850

16/11/23      210,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

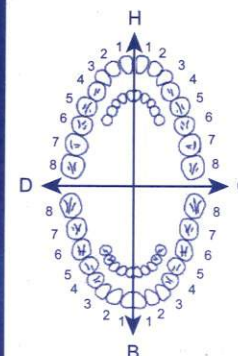
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 00000000 G 00000000  
35533411 11433553  
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(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



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

PPV:14DH00  
PER:09/26  
LOT:M2945

وصفة

ORDONNANCE

LOT:M23050  
EXP:FEV 2027  
PPV:66,80 DH

LOT : 6653  
PER : 08 - 25  
P.PV : 58 DH 30

Dr. EL ADNANI Abdessamad  
د. العبداني عبد الصمد  
Service des Urgences  
INP : 061125217

le 10/11/2023

Adnan Rehamed

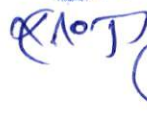
18.2  
Negofan 160



127.8  
ARER 500



14.5  
Doliprane 83



12.5  
Doliprane 83



12.5  
Doliprane 83

Dr. EL ADNANI Abdessamad  
د. العبداني عبد الصمد  
Service des Urgences  
INP : 061125217

PHARMACIE FAMILIALE ANNARA  
SARLAU Rue 187  
Hay Miy. Abdellah  
N°15 Casa - Tél: 0529 294 850



مصلحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

Boulevard AL Qods, Inara II - Aïn Chok - Casablanca

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



# وصفة ORDONNANCE

Dr. EL ADNANI Abdessamad  
د. العبداني عبد الصمد  
Service des Urgences  
INP : 061125217

le 10/11/2022

Tamal Akhmed

• Dosy, Aard unger

• Ure - ureter

• CRP

• ECBU + antiby

Dr. EL ADNANI Abdessamad  
د. العبداني عبد الصمد  
Service des Urgences  
INP : 061125217



مصلحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

Boulevard AL Qods, Inara II - Ain Chok - Casablanca

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

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 : 982741	N° SEJOUR : 230048928	<b>FACTURE N° 2305014837</b>		DATE D'ENTREE : 10/11/2023		DATE DE SORTIE : 10/11/2023				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : JADOUAL, Mohamed		UF: 5002 URGENCES		JADOUAL, Mohamed						
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
<b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b>										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>										
METHYLPREDNISOLONE MERCK 120MG INJ X 1AM	M197	1.00	34.45	34.45					0.00	34.45
PROFENID 2 ML 1 AMP INJECT IM	P067	1.00	5.96	5.96					0.00	5.96
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				34.40					0.00	34.40

Intervenant : 46106 DR EL ADNANI ABDESSAMAD	TOTAUX :	194.81					194.81
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
CENT QUATRE-VINGT QUATORZE DHS ET QUATRE-VINGT ET UN CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE :	194.81	AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00				
DATE FACTURE : 10/11/2023	EDITEE LE : 10/11/2023	PAR: AITALI	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			

