

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

N° M21- 070767

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2320 Société : Retraite

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : RAHMANI Abdelkader

Date de naissance : 1952 à Mohammédia

Adresse : Mohammédia

Tél. : Total des frais engagés : 322,20 + 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/01/24

Nom et prénom du malade : RAHMANI Abdelkader Age : 72 ans

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

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA 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

18/10/24

342,40

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

AM

PC

IM

IV

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

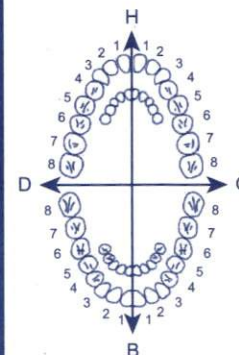
Coefficient

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
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

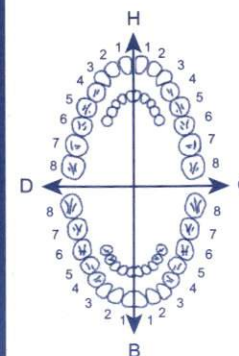
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE

RATHALI Abdelkader

Idrus

le 18-2-2024

DR BIAZ Imane
Vénérologie
Tél: 05 23 32 01 11
INPE: 091235242

159,00 SP Cavailles huile de mono
1111 nettoiyante 1/2 1/2

146,00 3/1 peu à laver 1/2 1/2

2/1 SP Jonzac Baume
Relipissant 1/2 1/2

34,40 2/1 filtr le natui 1/2 1/2
3/1 Vautee loy 1/2 1/2

T=34240 2/1 2/1 le xir 1/2 1/2

DR BIAZ Imane
Vénérologie
Tél: 05 23 32 01 11
INPE: 091235242

PHARMACIE ORTHOPEDIE
DU MAGHREB
M. TAZI YOUNES
AVENUE DES F.A.R MOHAMMEDIA
05 23 32 24 16 - 092040880

Polyclinique CNSS Mohammedia, Hay INARA 1

Tél : 05.23.32.47.61/60/62 - Fax : 05.23.32.47.61

PHOTOGRAPHED BY
MR. J. J. J. J. J.
J. J. J. J. J. J. J.
J. J. J. J. J. J. J.

92

92

37, 70
2
C91533-07

ORTHOPEDIC
J. J. J. J. J. J. J.



2

N° IPP : 328300	N° SEJOUR : 240001801	FACTURE N° 2402000697		DATE D'ENTREE : 18/01/2024		DATE DE SORTIE : 18/01/2024					
ASSURE :				DESTINATAIRE : RAHHALI,Abdelkader							
MALADE : RAHHALI,Abdelkader		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI									
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		LETRE 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.		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE											
Intervenant : M0600023 DR BIAZ IMANE		TOTAUX :		150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :								ACOMPTE :	
		REMISE :		0.00	REGLE :		150.00			AVOIR :	
		RESTE DU :		0.00							
DATE FACTURE : 18/01/2024		EDITEE LE : 18/01/2024		PAR: BADR		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE : DATE AT :					
						Réglement 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					

POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA
INARA I 20650 MOHAMMEDIA
Téléphone: 0523-32-47-59/60/62 Fax: 0523-32-47-61
INPE: 090001470 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 328061 N° SEJOUR : 240001454

FACTURE N° 2402000527

DATE D'ENTREE : 16/01/2024 DATE DE SORTIE : 16/01/2024

ASSURE :

MALADE : RAHHALI,Abdelkader
NOM JEUNE FILLE :

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

RAHHALI,Abdelkader

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 DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M0600042 DR ABDI RHIZLANE	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU :	150.00						
DATE FACTURE : 16/01/2024	EDITEE LE : 16/01/2024	PAR : BOUKHA	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		