

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse 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

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° P19-0035801

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00313 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL OVAFI Zohra  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
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 : Le : / /  
Signature de l'adhérent(e) :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Montant des soins	Début d'exécution	Fin d'exécution												
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux	Montant des soins	Date du devis	Fin d'exécution												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553					
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
G																			
00000000	00000000																		
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'exécution																	

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°		<b>P 17 / 0043571</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			<b>Cachet MUPRAS</b>



**P 17 / 0043571**

**DATE DE DEPOT**

17 / 09 / 2019

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 00313	Signature de l'adhérent 
Nom & Prénom		EL OUAFI Zohra	
Fonction	VEUVE DOUA	Phones 05222115798	
Mail		DOUAIE.SANAR@GMAIL.COM	
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient		EL OUAFI Zohra
Adhèrent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 05/09/2019	
		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires			
Ca 55,00 354,50			
<b>PHARMACIE</b>	Date		05/09/2019
Montant de la facture		55,00 354,50	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date 11/09/2019	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
B180 + PC		260 DH	
		LABORATOIRE PANORAMIQUE D'ANALYSES MEDICALES Dr. KADRI Mohamed Biologiste	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
<b>CACHET</b>			

المملكة المغربية  
Royaume du Maroc



الضمان الاجتماعي  
+to[O%+ +to[O%+  
CNSS

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 500mg, cp pel b7  
P.P.V : 205,00 DH



مصلحة  
POLYCLINIQUE



الإدارة II  
INARA II

le 13/03/13

Mr EL OUASSI Boha

149,50 / Spectrin 500 (5)  
1 cp x 2 j x 10 j

205,00 / Tavanic 500 (5)  
1 cp j x 07 j

354,50

Pharmacie Lamia  
ERGOCOLOGUE  
CNSS Inara II

Boulevard Al Qods, Inara II - Ain Chok - CASABLANCA

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06



# Kintex®

Formulation à base de plantes

CODE No / No DU CODE  
MH/DRUGS/AYU-146  
B No / No LOT: CK0297K  
MFD / FAB 11/2017  
EXP 10/2021  
(01) 18901111009250  
(21) 4W2KRBBP2KA4RZ



وصفة  
ORDONNANCE

مصلحة  
POLYCLINIQUE



الإدارة II  
INARA II

PPC: 55,00 DH

POSOLOGIE :

- Adulte : 15 ml trois fois par jour
- 10 ml trois fois par jour selon l'âge

le

06/9/13

ELOUAF 20mg

55,00

Kintex

1 ca 3/j



*[Signature]*  
Polyclinique  
Casablanca

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06



وصفة  
ORDONNANCE



le 06/3/13

Mme ELOUAFI Zohra

NFS

CRP

LABORATOIRE PATHOLOGIQUE  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. KADIRI Mohamed  
Biologiste

Dr. Hassani Samia  
BIOLOGISTE  
Polyclinique Inara II  
Casablanca

LABORATOIRE PATHOLOGIQUE  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. KADIRI Mohamed  
Biologiste

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 :	815667	N° SEJOUR :	190039202	<b>FACTURE N° 1902017427</b>		DATE D'ENTREE : 06/09/2019		DATE DE SORTIE : 06/09/2019			
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>EL OUAFI,Zohra</b> BINE LAMDOUNE RUE 46 NO 16 CASA							
MALADE : EL OUAFI,Zohra											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI							
REF. PC 1 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00 150.00	

Intervenant : 46196 DR HASSANI LAMIA	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 : 06/09/2019	EDITEE LE : 06/09/2019	PAR: LAKHDA	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			



# مختبر التحليلات الطبية بانوراميك

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

**Dr. KADIRI Mohamed**  
**Biologiste**

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique  
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique  
Diagnostic Biologique et Parasitaire  
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris 7  
Ex. Attaché des Hôpitaux de France

**Facture N° :** 9559  
**Casablanca le** 11 septembre 2019  
**A l'attention de :** **Mme EL OUAFI ZOHRA**

**Analyses :**

Numération formule complète -----	B	80
Protéine C réactive -----	B	100

**Prélèvements :**

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

**Total dossier : 260,00 DH**

**Arrêtée la présente facture à la somme de :**  
**Deux Cent Soixante Dirhams**

LABORATOIRE PANORAMIQUE  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. KADIRI Mohamed  
Biologiste



Dossier ouvert le : 11/09/19.  
Prélèvement effectué à 08:06

**Mme EL OUAFI ZOHRA**  
**Docteur LAMIA HASSANI**  
Dossier N° : 1911122

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION FORMULE COMPLETE

**Valeurs de référence**  
(Femme Adulte)

HEMATOCRITE : 40,3 %  
HEMOGLOBINE : 13,3 g/100  
GLOBULES ROUGES : 4,49 M/mm3

35 - 47  
12 - 16  
4 - 5,4

#### CONSTANTES ERYTHROCYTAIRES

V.G.M. : 89 fl  
T.G.M. : 29 pg  
C.C.M.H. : 33 %

85 - 100  
27 - 33  
31 - 36

\* GLOBULES BLANCS : 13 160 /mm3

4000 - 10000

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

\* P. NEUTROPHILES (PNN) : 71,6 % soit 9 423 /mm3  
P. EOSINOPHILES (PNE) : 2,8 % soit 368 /mm3  
P. BASOPHILES (PNB) : 0,4 % soit 53 /mm3  
\* LYMPHOCYTES : 19,2 % soit 2 527 /mm3  
MONOCYTES : 6,0 % soit 790 /mm3

50 - 70 %  
2500 - 7125 /mm3  
1 - 3 %  
50 - 285 /mm3  
< 1 %  
< 95 /mm3  
25 - 40 %  
1000 - 3800 /mm3  
3 - 10 %  
150 - 665 /mm3  
150000 - 400000

PLAQUETTES : 289 000 /mm3

## IMMUNOLOGIE / SEROLOGIE

CRP (Protéine C Réactive) : 38,00 mg/l

< 6

LABORATOIRE PANORAMIQUE  
DR. KADIRI MOHAMED  
D'ANALYSES MEDICALES  
Tél.: 05 22 52 29 61  
Biologiste