

# 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.

## Pathologie 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° P19- 066069

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2768 Société : RAMI  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITEE  
Nom & Prénom : MILALI FOUBIA  
Date de naissance : 09-08-58  
Adresse : MAY 24 ABDELLAH B3 TAZA Rue 9a  
N° 5 AIN CHOER - CASA  
Tél. : 06 00 326 166 Total des frais engagés : 487,37 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. MOUNTADAL Hassan  
Date de consultation : 09/09/22  
Nom et prénom du malade : MILALI FOUBIA  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : GASTRITE Aiguë  
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 : CASA Le : 18/09/2020  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]






# 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
07/09/2010	C1	133,34		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/09/2010	354,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

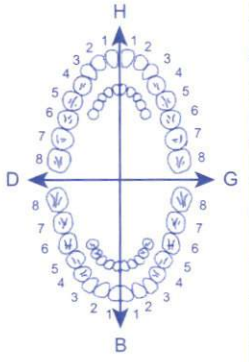
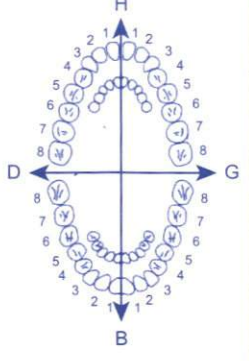
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, ainsi que le bilan d

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

مصحة  
POLYCLINIQUE



الإدارة II  
INARA II

le 07/09/2022  
2

HILALI Fouda

226100

CSAC Cp 40

33100

Musfon Cp 80

9500

Extr. May 300

354100

226100  
LOT 2013  
PER 02/22  
PPV 226DHG

LOT 00314  
PER 01/2013  
PPV 33,000H

COOPER PHARMA  
PPC : 95,000H



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 : 848522	N° SEJOUR : 200022901	FACTURE N° 2005007147	DATE D'ENTREE : 06/09/2020	DATE DE SORTIE : 06/09/2020
ASSURE :		DESTINATAIRE :		
MALADE : HILALI, Fouzia		HILALI, Fouzia		
NOM JEUNE FILLE : N.S.S		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 : E. SOC. ETRANG. :		REF. PC 2 :		

NATURE DE PRESTATION	TIERS PAYANT	LETTRE	NOMBRE	PRIX : 2	PART DU MALADE	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES											
MIDAZOLAM 1 MG/ML		M198	1.00	7.87	7.87					0.00	7.87
SPASFON 1 AMP INJECT		S026	1.00	3.50	3.50					0.00	3.50
FOURNITURES MEDICALES					2.00					0.00	2.00

Intervenant : 46145 DR RAMI SAID 133 37	TOTAUX :	133.37	133.37
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :		
CENT TRENTRE TROIS DHS ET TRENTRE SEPT CENTIMES	RECOMPTE :		
RECOMPTE :	RECOMPTE :	0.00	RECOMPTE :
RECOMPTE :	RECOMPTE :	133.37	RECOMPTE :
DATE FACTURE : 07/09/2020	EDITEE LE : 07/09/2020	PAR : SARA	ACCIDENT DE TRAVAIL :
VISA	N° DE POLICE :		DATE AT :
Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA	Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
BANQUE :	BMCE - INARA	BANQUE :	BMCE - INARA
N° compte bancaire :	011.780.0000 54 210 00 60 016 91	N° compte bancaire :	011.780.0000 54 210 00 60 016 91