

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7843 Société : RAM 147452

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHASIA HOUSSAINI

Date de naissance : 13/11/16

Adresse : HABITAT 77

Tél. : 06.15.22.39.61

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHASIA ADAM Age: 11

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Mydose

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 : 30/01/2018

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Safaa EL KAYAL
Pédiatrie

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 Paiement des Actes
30/12/2012	5		190,-	Dr. Safaa EL RAKI Pédiatre

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHAMRAS AIN SOKHNA 2 N° 600 LOTS HAMRA 2 ANNOEUIL CASABLANCA EL 05 22 50 65 10 / 06 22 09 20 16 93	30/12/2012	150,-

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
JEBEL LOUJI Omar Radiologue PE 15/11/33531	30/12/2012	600,-	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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

PPU: 126,30 DH
LÖT: 650121
PER: 03/24



P V 14 DH 40
PERT 09/23
PRT K2447

P P V
P E R
P O T

ORDONNANCE

CNSS
Le devoir de vous protéger

Chogja-Ada

Le Bx 12 Lw

· 17,00

186,30
15

Aymen

45

471

15,80

2) Deltapame (M)

18. ~~Bech~~ \rightarrow 10 j.v.

17.00

3)

Nursery

1094447
N° GOOLIKA MTA 2 AV AL QODD
AIN CHOCR - CACABLANCA
TEL:05 22 50 65 10 / 06 22 21 02

15

T-159.10

Dr. Safaa EL BAKRI
Pédiatrie



الضمان الاجتماعي
+ ٢٠١٤ +
CNSS
Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



Mère - Enfant
Hay Haşsanî

Le 30/12/2022

Aza chajja

Ma

Ovchi: epi dedjant

Da S de Tunisie.

An CCT

Dr. Safaa ELBAKRI
Pédatrie



الضمان الاجتماعي
CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة ORDONNANCE

Dr. S. El Bakri
Mai 2014

مصحة
POLYCLINIQUE



Mère - Enfant
Hay Hassani

Ala chouj'a

Le 31/12/2014

Ma

Hydrocile bilat aigue

non translturale

Caisse d'urgences
DEB-GHALF CASABLANCA
POLYCLINIQUE ADDAAMA

Ech. 11/12/2014
Téhale

bz 132

Dr. Safaa EL RAKRI
Pédiatrie
2014



الضمان الاجتماعي
+ ٢٠١٤ + ٢٠١٥
CNSS
Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



Mère - Enfant
Hay Hassani

Chajra Adaa

Le 35/12/2020

Fam ← CNY

Exclusif
CJ

Dr Safaa EL RAKHIDI
Pédiatrie



Polyclinique
Derb-Ghallef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 30/12/2022

Patient (e) : CHAJIA ADAM

Prescripteur : Dr S. EL BAKRI

ECHODOPPLER TESTICULAIRE

A gauche :

- Testicule gauche globuleux mesurant : 24 x 15 mm de contours réguliers d'échostructure oedématée et homogène
- Epididyme gauche tuméfié d'échostructure hétérogène surtout au niveau de la tête et hyper vascularisé au doppler couleur
- Hydrocèle de faible abondance impure
- Absence de collection circonscrite
- Pas de torsion du cordon spermatique
- Importante infiltration des parties molles scrotales d'allure inflammatoire

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

A droite :

- Testicule droit de contours réguliers et taille normale et homogène sans lésion testiculaire focale
- Epididymes de taille et d'échostructure normale
- Pas d'hydrocèle
- Pas de torsion du cordon spermatique

CONCLUSION :

- Aspect échographique évocateur d'une orchi-épididymite gauche avec hydrocèle de faible abondance impure et infiltration d'allure inflammatoire des parties molles scrotale
- Pas de signes de torsion testiculaire

Dr Jellouli

Dr JELLOULI Omar
Médecin Radiologue
INPE : 101133531



N° IPP : 1350157	N° SEJOUR : 220120438	FACTURE N° 2203047633				DATE D'ENTREE : 30/12/2022		DATE DE SORTIE : 30/12/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		CHAJIA, Adam		
MALADE : CHAJIA, Adam		UF: 5003 RADIOLOGIE				N° IMMAT C.N.S.S. :				
NOM JEUNE FILLE :										
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
ACTES DE RADIOLOGIE ECHO-DOPPLER VEINEUX PERIPHERIQUE	CX15	1.00	600.00	600.00					0.00	600.00

Intervenant : 20022017 DR JELLOULI OMAR RADIOLOGUE		TOTaux :		600.00						600.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENTS DHS		PLAFOND PC :							ACOMPTE :		
		REMISE : 0.00 REGLE : 600.00							AVOIR :		
		RESTE DU : 0.00									
DATE FACTURE : 30/12/2022		EDITEE LE : 30/12/2022		PAR : BAKHRI		ACCIDENT DE TRAVAIL :		DATE AT :			
VISA						N° DE POLICE :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef					
						BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
						N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					

DERB GHALLEF
CNSS
AGENCE MOULAY DRISS 1ER
CASABLANCA

POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT

Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI

20200 CASABLANCA

Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71

INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	764221	N° SEJOUR :	220044833	FACTURE N° 2205016437				DATE D'ENTREE :	30/12/2022	DATE DE SORTIE :	30/12/2022	
ASSURE :								DESTINATAIRE :				
MALADE :	CHAJIA,Adam	UF:	5002 URGENCES					CHAJIA,Adam				
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		
CONSULTATION DE MEDECIN CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F)	CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00		

Intervenant : 470105 DR EL BAKRI SAFAA	TOTAUX :	190.00							190.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT QUATRE-VINGT DIX DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR:	
	RESTE DU:	190.00							
DATE FACTURE : 30/12/2022	EDITEE LE : 30/12/2022	PAR: KAMAL	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>						
VISA			N° DE POLICE :						
			DATE AT :						
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT						
			BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR						
			N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49						

