

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0051337

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7843 Société : RAM 147452  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHASIA HOUSSEI  
Date de naissance : 13/01/64  
Adresse : HABITUELLE  
Tél : 0675273941 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 : Hémophilie

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 : 30/01/2019

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Safa EL KAYRI  
Pédiatrie

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



# 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
30/12/2022	S	1	1905	Dr. Safaa EL RAKRI Pédiatrie

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie CHAMRA 2 AV AL QADIM N° 600 LOTS HAMRA - CASABLANCA TEL: 05 22 50 65 10 / 06 22 50 65 10 09 28 76 79 95	23/12/22	159,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. JELLOULI Omar Radiologue N° 101133531	23/12/22		

# AUXILIAIRES MEDICAUX

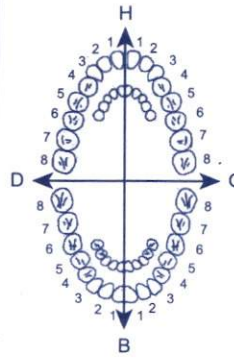
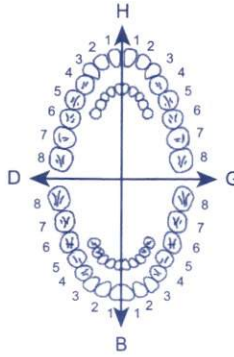
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 126,30 DH  
LOT: 650121  
PER: 03/24



CNSS  
Le devoir de vous protéger

PPV: 14DH40  
PER: 09/23  
LOT: K2447

ORDONNANCE

PPV: 13DH30  
PER: 05/25  
LOT: L1874  
S2

PPV:  
LOT:  
PER:

Chogio Aida

Le 22/12/2017 17h00

- 186,30  
1) Augment 1g  
15,80  
2) Doliprane 1g  
17,00  
3) Nurodol 1g  
10P (47) 3g

T = 159,10

Dr. Safaa EL BAKRI  
Pédiatrie



الضمان الاجتماعي  
+oH0%+o+ |oE%|+

CNSS

Le devoir de vous protéger

# وصفة

## ORDONNANCE



Mère - Enfant  
Hay Hassani

Le ..... 30/12/2022

A Za chojio

Mar

Orchiops de dynt

sur L de Tonsur

An CCI

Dr. Safaa EL BAKRI  
Pédiatrie



المملكة المغربية  
Royaume du Maroc



الضمان الإجتماعي  
+o!HO%+o! loE%+

CNSS

Le devoir de vous protéger

# وصفة

## ORDONNANCE

وصفة  
Dr. Safaa EL BAKRI

مصحة  
POLYCLINIQUE



Mère - Enfant  
Hay Hassani

Aza chaja

Le 20/12/2021

Ma

Hydrate le bi Lot aigue  
non transcutané

CAISSE D'URGENCE  
DERB-GHALEF CASABLANCA  
POLYCLINIQUE ADDAMMAN

echo. thyr. Tshale

by 1528

Dr. Safaa EL BAKRI  
Pédiatrie

المملكة المغربية  
Royaume du Maroc



الضمان الإجتماعي

+oH0%+o+ loE%+

CNSS

Le devoir de vous protéger

# وصفة

## ORDONNANCE

مصحة  
POLYCLINIQUE



Mère - Enfant  
Hay Hassani

Chayida

Le ..... 30/12/2011

Fam ECH

Ex dnu/  
cy

Dr. Safaa EL PAKY  
Pédiatrie



INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghalef

☐ I.R.M  
( 1.5 Tesla )

☐ Scanner  
(Corps Entier)

☐ Radiologie  
Numérique

☐ Echo-Doppler  
(Couleur)

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 oedématisée 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

#### 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 scrotales
- Pas de signes de torsion testiculaire

Dr Jellouli

Dr JELLOULI Omar  
Médecin Radiologue  
INPE : 101133531



N° IPP : 1350157	N° SEJOUR : 220120438	<b>FACTURE N° 2203047633</b>		DATE D'ENTREE : 30/12/2022		DATE DE SORTIE : 30/12/2022					
ASSURE :				DESTINATAIRE : CHAJIA,Adam							
MALADE : CHAJIA,Adam		UF: 5003 RADIOLOGIE									
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
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 :		
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :		
				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		

RECEVUE  
Caisse Urgences  
POLYCLINIQUE CNSS - 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	<b>FACTURE N° 2205016437</b>		DATE D'ENTREE : 30/12/2022		DATE DE SORTIE : 30/12/2022			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>CHAJIA,Adam</b>					
MALADE : CHAJIA,Adam											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
		CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
<b>CONSULTATION DE MEDECIN</b>											
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 :		PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
CENT QUATRE-VINGT DIX DHS		REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
		RESTE DU:	190.00				
DATE FACTURE : 30/12/2022	EDITEE LE : 30/12/2022	PAR: KAMAL	<b>ACCIDENT DE TRAVAIL :</b>				
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :			
		Réglement 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			

