

# 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.

M22- 0056279

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6395

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HOUKADI MOHAMMED 161386

Date de naissance : 07/02/1965

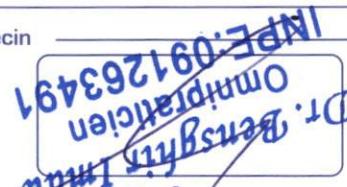
Adresse : Cite Ouled Ziane Imm 1 N°3 Ain Borja

Lieu : Casa  
Tél. : 0668 173978

Total des frais engagés : 569 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/09/2019

Nom et prénom du malade : HOUKADI MOHAMMED

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

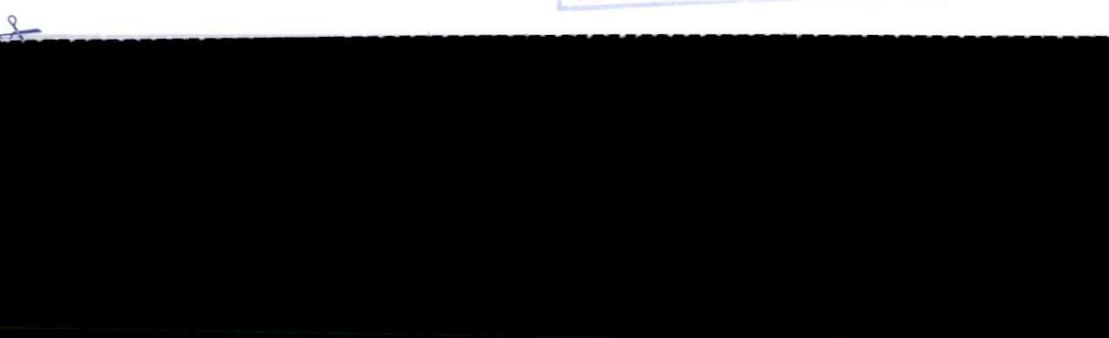
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



## 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
09/04/2019	ANESTHÉSIE RÉGULATRICE	100	100	Dr. BENSCHIR IMMOBILISATION D'OMOUREAU AVEC ALERTECA

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Baker N. W. Winslow SIEGENAU SA 05 36139 17</i>	9/4/23	231,00
	12/04/23	88,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, with the following tooth arrangement and symbols:

- Upper Arch:** Teeth are numbered 1 through 8 from left to right. Symbols above the teeth include: 5 (top), 6 (top), 7 (top), 8 (top), 8 (top), 8 (top), 7 (top), 6 (top), 5 (top).
- Lower Arch:** Teeth are numbered 1 through 8 from left to right. Symbols below the teeth include: 5 (bottom), 6 (bottom), 7 (bottom), 8 (bottom), 8 (bottom), 8 (bottom), 7 (bottom), 6 (bottom), 5 (bottom).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Le 09/04/23

Houssam Khouloud

79,-  
11,-

Arix 60 mg qd

✓ 23/100

up J1 puis J2-J5

26,90  
VILLETTÉ  
PHARMACIE  
SARL AU  
Abdelkader El Wann  
Rue Villette Casablanca  
Tél: 05 22 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 30 20 à 27

23/100  
Vital 180  
up J1 → J2

PHARMACEUTIQUE  
SARL AU  
Abdelkader El Wann  
23, Rue Abou Baker El Wan  
La Villette - Casablanca  
Tel: 05 22 61 32 13 / 14

etraskin 45 mg qd  
up J1 → J2

69,00  
4/  
Docint 40 mg qd  
new 2/20

14,80  
5/  
Amlo 118 qd

Dr. Bensgaghi Tma  
Dipl. Minipräalichen  
INPE: 091263491

زنقة العصان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 - الفاكس : 05 22 86 42 05

Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

PPV 400H90

B R V 79DH70  
P E R T 01/26  
L O T M 184

EXP: 14.50  
LOT N°:

PPU 260H90

LOT: 239400  
DLUO: 01/2026  
69.00DH



الضمان الاجتماعي  
tel 1084 - 1654  
**CNSS**  
Le devoir de vous protéger

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Le ..... 12 / 9 / 23

Houari Khouloud

88.00

Carte

14

le 27



PHARMACIE DADOUR  
N° 13, Lot Laayoune  
Bd Hassan Alaoui, Tessa  
Tél : 05 22 86 00 67

D'RABANI Abdellatif  
Polyclinique  
Derb Ghallef  
INP: 0911 0007



N° IPP : 1374494	N° SEJOUR : 230034056	<b>FACTURE N° 2305009700</b>				DATE D'ENTREE : 09/04/2023		DATE DE SORTIE : 09/04/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		HOURADI,Khouloud		
MALADE : HOURADI,Khouloud		UF: 5002 URGENCES								
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
<b>AUTRES ACTES COTES EN K</b>										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	5.00	22.50	112.50					0.00 112.50	
<b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b>										
VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A)	V	1.00	120.00	120.00					0.00 120.00	
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>				14.08					0.00 14.08	
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				3.42					0.00 3.42	

Intervenant : M0100016 DR BENSGHIR IMAD		TOTAUX :	250.00						250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
DEUX CENT CINQUANTE DHS		REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
		RESTE DU:	250.00						
DATE FACTURE : 09/04/2023		EDITEE LE : 09/04/2023	PAR: MOURAD	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
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							

POLYCLINIQUE  
DERB GHALLEF