

# 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- 0054435

165833

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3563

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BAKRI NACIRI mohammed

Date de naissance :

18/06/1959

Adresse :

JERB Kora 39 n° 42 Casa

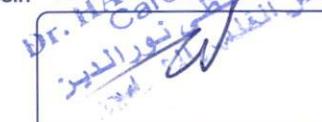
Tél. : 0666263701

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07.04.2023

Nom et prénom du malade : BAKRI NACIRI Mohamed Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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 : CASA

Le : 07/06/2023

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
7.6.23	146 ECA		250,17	<i>[Handwritten signature and stamp: DENTISTE DE CHAMPS - DR. A. NOUZEY]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signature and stamp: PHARMACIE EL FIDA]</i>	07.04.2023	861,10

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

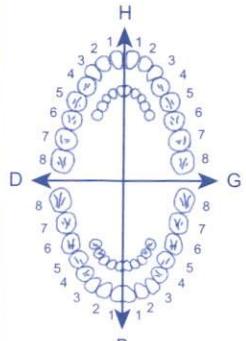
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
B	00000000 00000000
G	35533411 11433553
<b>[Création, remont, adjonction]</b>	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
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

# وصفة

## ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

B AKRT  
NACIRI Le 07/04/83  
Mohamed

- Rogne par el  
glax 1x2

- Covaryle 1 mg

- Cadu Acp 100 mg

- 278 x 3

- 990 x 3

- Relaxium 375 mg

- 861,10

Dr Noureddine  
Cardiologue  
المختار حفيظ نور الدين  
لسيط القلب

PHARMACIE EL FIDA  
151 Bd El Fida - Casablanca  
Tél: 05 22 28 12 37

PHARMACIE EL FIDA  
151 Bd El Fida - Casablanca  
Tél: 05 22 28 12 37

3 mois

LOT 211485  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

92.00

92.00

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

LOT 211485  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

LOT 211480  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

# Relax

---



## COMPLEXE RELAXANT

LOT : 220848  
DLUO: 12/2025  
99,00DH

# Relax

---



## COMPLEXE RELAXANT

LOT : 220848  
DLUO: 12/2025  
99,00DH

# Relax

---



## COMPLEXE RELAXANT

LOT : 220848  
DLUO: 12/2025  
99,00DH

ECG à repos Auro

12:00am avr 07 2023

Hospital Hospital RECID 1710

Patient: D 20230407 0000 Jour de la naissance

Age Sexe Sys Dia Poids Hauteur

Drugs

7-4-23

BAKRI NACIRI Mohamed

## [ Measured Cardiac Rhythm Events ]

P --- PR --&gt; s QRS --&gt; s QT --&gt; s IT --&gt; s ST --&gt;

P 51 mm S 1.1 mm P QRST axis -10°

## [ Interprétation Résumé - Adulte ]

6- Unconfirmed signal

aVR V

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

0s

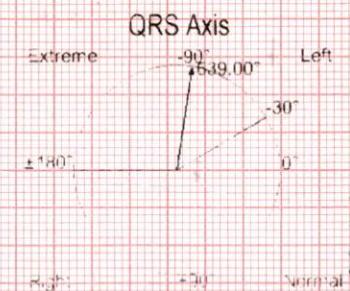
1s

2s

3s

## [ Doctor comments ]

Nom du médecin: Doctor



POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallet

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1326653	N° SEJOUR : 230033537	FACTURE N° 2302009669			DATE D'ENTREE : 07/04/2023		DATE DE SORTIE : 07/04/2023			
ASSURE :					DESTINATAIRE :					
MALADE : BAKRI NACIRI, Mohamed		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI			BAKRI NACIRI, Mohamed					
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 DE CARDIOLOGUE + ECG	CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00

Intervenant : 010402 DR HAFDI NOUR EDDINE (CARDIOLOGUE)	TOTAUX :	250.00							250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
DEUX CENT CINQUANTE DHS	REMISE :	0.00	REGLE :	250.00			AVOIR :		
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 07/04/2023	EDITEE LE : 07/04/2023	PAR: IMANE	<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					

Caisse Consultation  
Polyclinique CNSA  
Derb-Challef