

# 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 l'application 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 **186993** Autres

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 Korea 39 n°42 CASA**

Tél. :

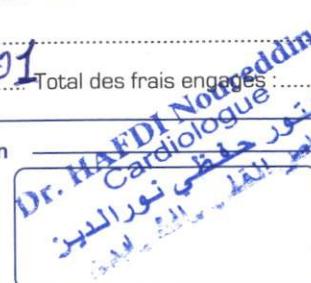
**06 66 26 37 01**

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**BAKRI NACIRI mohamed** Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**ALC** **ALC** **ALC**

Pathologie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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 : **05/12/2023 CASA** Date : **05/12/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



**15 DEC. 2023**

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01-12-2023	46510

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN AVANT L'EXECUTION

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef

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 : 1436260	N° SEJOUR : 230121679	<b>FACTURE N° 2302032266</b>				DATE D'ENTREE : 01/12/2023		DATE DE SORTIE : 01/12/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		BAKRI NACIRI, Mohammed		
MALADE : BAKRI NACIRI, Mohammed		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
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>CONSULTATION DE MEDECIN.</b> 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:
DATE FACTURE : 01/12/2023	EDITEE LE : 01/12/2023	PAR: IMANE	ACCIDENT DE TRAVAIL						DATE AT:
VISA			N° DE POLICE						
			Réglément 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 CNSS  
Derb-Ghallef

# وصفة

## ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

le ..... 01/12/23

BAKRI HACRI Mohamed

- Rogne po el  
920,-  
278,+3  
- Collyre n° M8  
Card Asie les  
Moyens  
990,-  
- oeds 20 gels/10 J  
H 65,10

صيادلة الفداء  
PHARMACIE EL FIDA  
151 Bd El Fida - Casablanca  
tel: 05 22 28 12 37

صيادلة الفداء  
PHARMACIE EL FIDA  
151 Bd El Fida - Casablanca  
tel: 05 22 28 12 37

3 mois

Dr. Cardiologiste  
Cardiologue

684 0668408111



x3 ←  
Ged



ECG de repos Auto

10:59pm nov 30 2023

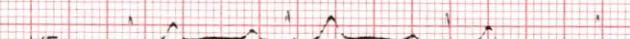
Hôpital Hospital RECID: 5052

11/12/23

Patient: ID: 012311302252 Jour de la naissance

Age: Sexe: Sys: Dia: Poids: Hauteur:

Drugs:

BARKI NACIRI.  
Mohamed

0s 1s 2s 3s

25mm/s 10mV/mV AC60 DE0.1 MF35 LF200

## [ Measured Cardiac Rythm Events ]

P: 74sp.. PR: 70ms QRS: 94ms QT: 334ms ST: 80ms QTc: 371ms

Rv5: 0.70mV SV1: -0.75mV P.QRS/T/QRSST axis: 60.76/82.69.65.00/17.69 deg

## [ Interprétation Résumé - Adulte ]

1- Normal ECG.

## [ Doctor comments ]

Nom du médecin: Doctor

