

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 : **9442** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**SADAK Ahmed**

Date de naissance :

**27 aot 1963**

Adresse :

Tél. : **0631428339**

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **07/12/2023**

Nom et prénom du malade : **BEL KHTIYAT SALIMA** Age : .....

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) :

*S*

## 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
07/12/2012	23	CR	Montant détaillé des Honoraires Paiement effectué par la SNSM Signature du Médecin	Signature et cachet du Médecin

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FOULETIER DOCTEUR 91100 TAIMBO INPE	07/11/2023 14/12/2023	100€ HT CHIRURGIE TRAUMATOLOGIE INPE : 00122200 43,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Centre de Radiologie et d'Imagerie</i>	<i>13.12.23</i>	<i>100</i>	<i>100,-</i>

## 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.

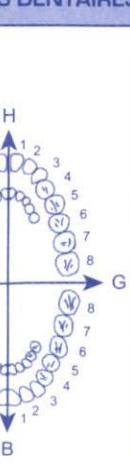
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

<p style="text-align: center;"><b>OD.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p> 	<p style="text-align: center;"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"><b>D</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>B</b></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		<p><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<b>H</b>																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<b>D</b>																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
<b>B</b>																

3 ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



درب غلف

DERB GHALLEF

# وصفة

## ORDONNANCE

le ٦٧. ١٢. ٢٠٢٣

PPV: 82DH10  
PER: 02/25  
LOT: M1B72-2

N<sup>o</sup> =

REL KHTYAT

SAIDI MA

82.10

1/

FBiom 2

1 - 0 - 0

١٤ جمدين

٢/ ١٤.٨  
FDDOL

1 - 0 - 0

١٥ جمدين

3/ ٥١.٤٠  
P.P.V. 51.40 MAD (Dhs)  
04/2025

1 - 0 - 0

٤٣ جمدين

١٧ جمدين

١٤٨.٣

دكتور نبيل سعيد  
PHARMACIE ZONE TAAMIA  
FOULOU  
Doctor Nabil Saeed  
n° 119 Lot A1 Al Masa Sidi Maârouf  
n° 0522 23 57 25 Casablanca

Doctor Nabil HATTOMA  
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
INPE 00 027700



# وصفية ORDONNANCE

le 14.12.2023

M. B  
BELKAÏD YASS

SAÏMA

HONART forte

1cp x 3mg

IBENPAX 15

1cp AS 10mg

3x10mg

صيادلة ابن سينا  
PHARMACIE IBN SAÏMIA  
FOUAD  
Docteur en pharmacie  
N° 119 Lot Al Adarissa Sidi Maâoul  
Tél 0522 79 51 25 Casablanca  
Docteur Nadir HATTOMA  
CHIRURGEN ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
INPE 0522 79 51 25

# BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical  
demandeur code

مصحة  
POLYCLINIQUE  
درب غلاف  
DERB GHALLEF

NOM DU MALADE .....

BEUKH YAT  
SAU MA

07 12. 2023

N° C.N.S.S. ou Mutuelle .....

## Renseignements clinique

Rx 2 genoux  
en charge  
=

## Examen demande

fr  
1/1/1  
1/1/1  
1/1/1  
1/1/1  
1/1/1

Z =

Docteur Nabil ATTOMA  
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
INPE 091027200

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

Biffer les mentions intuiles

Total clichés =

Total posés =



090001520

N° IPP :	1439723	N° SEJOUR :	230126630	<b>FACTURE N° 2303050393</b>				DATE D'ENTREE :	13/12/2023	DATE DE SORTIE :	13/12/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :	BELKHAYAT ABOU OMAR,Salima		
MALADE :	BELKHAYAT ABOU OMAR,Salima				UF:	5003 RADIOLOGIE					
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :						
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :										
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>ACTES DE RADIOLOGIE</b>											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	30.00	10.00	300.00					0.00	300.00	

Intervenant :	186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .	TOTAUX :	300.00							300.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
TROIS CENTS DHS				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU:	300.00					
DATE FACTURE :	13/12/2023	EDITEE LE :	13/12/2023	PAR:	LAGRIB	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					

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 : 1437963	N° SEJOUR : 230124126	<b>FACTURE N° 2302032970</b>				DATE D'ENTREE : 07/12/2023		DATE DE SORTIE : 07/12/2023			
ASSURE :						DESTINATAIRE :		BELKHIYAT,Salima			
MALADE : BELKHIYAT,Salima		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
CONSULTATION DE MEDECIN.		CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 26122011 DR NABIL HATTOMA (TRAUMATOLOGUE)				TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 07/12/2023 EDITEE LE : 07/12/2023 PAR: IMANE				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							

Caisse Consultation  
Polyclinique CNSS  
Derb-Ghallef

Casablanca le : 13/12/2023

**Patient (e) : BELKHAYAT SALIMA**

**RX. DES DEUX GENOUX EN CHARGE F/P**

Pincement des interlignes fémoro-tibiaux internes.

Ostéophytes des plateaux tibiaux et des condyles fémoraux.

Absence d'anomalies des parties molles.

Absence de fracture.

**CONCLUSION**

Gonarthrose débutante.

**DR BENBRAHIM**



**I.R.M**  
**(1.5 Tesla)**

**Scanner**  
**(Corps Entier)**

**Radiologie**  
**Numérique**

**Echo-Doppler**  
**(Couleur)**