

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0017563

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9442 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SADIK Ahmed

Date de naissance : 27 oct 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 : BELKHIYAT SALIMA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Goutte bilatérale

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# 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
07/12/23		02	180,00	Docteur Nabil HATTOMA CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE TRAUMATOLOGUE INPE : 0011433552
14/12/23		05	9	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/12/23	1
	14/12/23	43,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/12/23		300,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

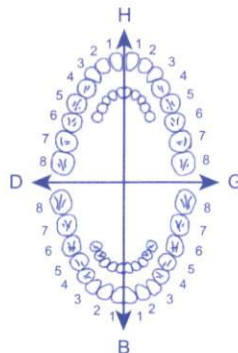
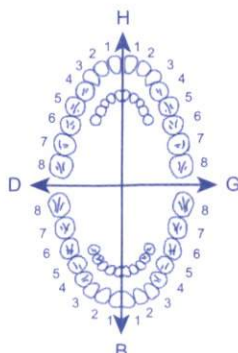
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

وصفة  
ORDONNANCE



PP: 82DH10  
PER: 02/25  
LO: M1872-2

le 07.12.2023

M. BEL KHAYAT Fatima

82.10

1/ F80m2

14.8 21 F80L

LOT: 392  
PER: 12/25  
PP: 14,80 LH

51,10

31 Divido 35

2TJ59  
04/2022 P.P.V. 51.40 MAD (Dhs)  
04/2025

148.30

صيدلية ابن سينا  
PHARMACIE IBN SINA  
Fouloque Sidi Maârouf  
Docteur Nabil Hattoma  
N° 119 Lot Aradissa Sidi Maârouf  
Casablanca  
Tél: 0522 43 57 25

Docteur Nabil HATTOMA  
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
INDE 0522 43 57 25



وصفة  
ORDONNANCE



le 14.12.2023

M. BELKHAYAT Farima

HONARS FORTE

1 cp x 3 ms

IBENMA 15

1 cp x 10 ms  
A.S.  
sh's m/s

LOT: 17322001  
PER: 05/2025  
PPU: 43,90 DH

43.90  
21

صيدلية ابن نعيمه  
PHARMACIE IBN NAIMIA  
FOUL  
Docteur en Pharmacie  
N° 119 Lot Al Adarissa Bidi Maarouf  
Tel 0522 48 58 25 Casablanca  
Docteur NABIL HATTOMA  
CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
INPE: 05 22 86 30 21



# BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical  
demandeur code



NOM DU MALADE

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

BEKKI YAT  
GRI MA

07 12. 223

Renseignements clinique

Examen demande

Dx 2 genoux  
en charge  
=

1/1  
POLYCLINIQUE  
DERB GHALLEF

Le médecin traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

Docteur Nabil MATOMA  
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
INDE. 00105-200

Biffer les mentions inutiles

Total clichés =

Total posés =

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 : 1439723		N° SEJOUR : 230126630		<b>FACTURE N° 2303050393</b>		DATE D'ENTREE : 13/12/2023		DATE DE SORTIE : 13/12/2023			
ASSURE :				<b>DESTINATAIRE :</b> <b>BELKHAYAT ABOU OMAR, Salima</b>							
MALADE : BELKHAYAT ABOU OMAR, Salima											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / 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 : TROIS CENTS DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
				REMISE :		0.00		REGLE :		AVOIR :	
				RESTE DU:		300.00					
DATE FACTURE : 13/12/2023		EDITEE LE : 13/12/2023		PAR: LAGRIB		ACCIDENT DE TRAVAIL					
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :			
						Réglement 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 :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>BELKHIYAT,Salima</b>							
MALADE : BELKHIYAT,Salima											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE		CS	1.00	150.00	150.00					0.00	

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 ROLICE :			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





INPE 090001512  
ICE 001757364000080

**Polyclinique  
Derb-Ghalef**

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

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.

☐ **I.R.M**  
**(1.5 Tesla)**

☐ **Scanner**  
**(Corps Entier)**

☐ **Radiologie**  
**Numérique**

☐ **Echo-Doppler**  
**(Couleur)**

**DR BENBRAHIM**

