

# 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.

M23-004768

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	00447	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	192299
Nom & Prénom :		MARVISSI Ahmed	
Date de naissance :		07.01.1943	
Adresse :		Résidence el uram Im. 12 Apt 7 el oufia Bd oum Rabia caser	
Tél. :		06.61.20.83.36	Total des frais engagés : 868 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	29.12.23		
Nom et prénom du malade :	Mme NASSIRI Aicha Epoise Hammadi Age: 1958		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Polyarthralgie infl		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : Casablanca Le : 13.01.2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Numéro de maladie M23

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29-12-23		1	Consultation 15000 Chir-chir CNSS	DR RAISSEUN RHEUMATOLOGIE

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SALM	29/12/23	218,70

**ANALYSES - RADIographies**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INPE - 91036020	10.01.24	Max	300,00
Pr Chikhaoui Radiologue	10.01.24	Echre	100,00

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

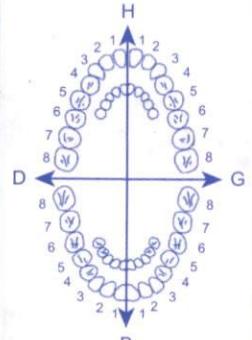
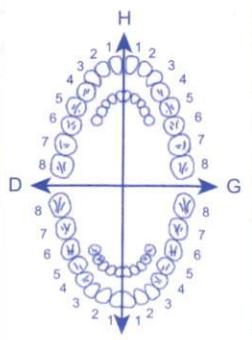
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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				Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
D	00000000	B	00000000		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

le 29-19-93

Mr NASSIRI Atcha

م.ن.ر

١٠/ Zegats ٢٠ i

م.م.م

٢٠/ Voltaren ٤٧ i

LOT M0570  
EXP 08 2025  
PPV 44.90 DH

م.م.م x 2

١x ٢٧x ١٠

٣٠/ Doliprane ١٠٠٠ i

٢١٨.٦.٢ ١x ٣١x ٥

LOT 221633  
EXP 08/2024  
PPV 144.50DH



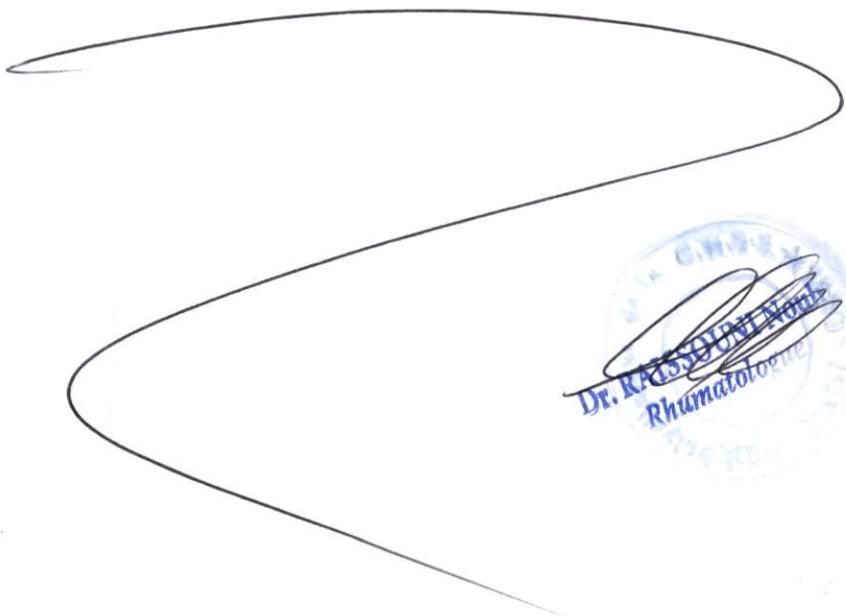
POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef  
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
 20100 CASABLANCA  
 Tél: 0522-863021/27 Fax: 0522-864205 RDV: 0522-863020  
 INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1122920	N° SEJOUR : 230132788	FACTURE N° 2302035320			DATE D'ENTREE : 29/12/2023		DATE DE SORTIE : 29/12/2023			
ASSURE :					DESTINATAIRE :		NASSIRI,Aicha			
MALADE : NASSIRI,Aicha		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 : 04042019 DR RAISOUNI NOUHA RHUMATOLOGUE	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 :
DATE FACTURE : 29/12/2023	EDITEE LE : 29/12/2023	PAR : IMANE	RESTE DU:	0.00				
VISA					ACCIDENT DE TRAVAIL :			
					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 :	911780 0000 70 210 00 60 028 31		

*Caisse Poly Clinique CNSS*  
*Consultation*

(éch de de l'activité  
de la synovite)





درب غلف

DERB GHALLEF

# وصفية

## ORDONNANCE

INPE - 91036020  
Raddougueur  
CHITAHOU Nabil  
Pr

le 29-12-93

Pr - NASSIRI Aicha

Epouse Marissi

rx eoudes dt + G  
- Face  
- Profil.



Polyarthrite rhumatoïde ?

Destruction articulaire ?

et Echographie du coude  
droit

# SERVICE DE RADIOLOGIE



INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghallef

Casablanca le : 10/01/2024

Patient (e) : NASSIRI AICHA

## RX. DES DEUX COUDES DE FACE ET DE PROFIL

Minéralisation osseuse normale.

Absence d'anomalie articulaire ou architecturale osseuse.

Absence d'anomalie des parties molles.

I.R.M  
( 1.5 Tesla )

## CONCLUSION

Radiographie des deux coudes ne révélant pas d'anomalie.

Radiologie  
Numérique

Echo-Doppler  
(Couleur)

Dr. Abdellah BENBRAHIM  
Médecin Radiologue  
Polyclinique CNSS DERB GHALLEF  
INPE 090001512

Dr A. BENBRAHIM



N° IPP : 994541 N° SEJOUR : 240003886

**FACTURE N° 2403001413**

DATE D'ENTREE : 10/01/2024 DATE DE SORTIE : 10/01/2024

ASSURE :

MALADE : NASSIRI,Aicha

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

NASSIRI,Aicha

NATURE DE PRESTATION

LETTRE  
CLENOMBRE  
x COEFPRIX  
UNITAIRE

TOTAL

TIERS PAYANT 1

% / Dh

TIERS PAYANT 2

% / Dh

PART DU MALADE

% / Dh

**ACTES DE RADIOLOGIE**

ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE

Z

30.00

10.00

300.00

0.00

300.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .

TOTALS :

300.00

300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : \* C 0,00 REGLE :

AVOIR :

RESTE DU:

300,00

DATE FACTURE : 10/01/2024

EDITEE LE : 10/01/2024 PAR: BILAL

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef

BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRRISS 1ER - CASABLANCA

N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31





N° IPP : 994541 N° SEJOUR : 240003947

FACTURE N° 2403001432

DATE D'ENTREE : 10/01/2024 DATE DE SORTIE : 10/01/2024

ASSURE :

MALADE : NASSIRI,Aicha

UF: 5003 RADIOLOGIE

DESTINATAIRE :

NOM JEUNE FILLE :

NASSIRI,Aicha

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
ACTES DE RADIOLOGIE		ECHOGR	1.00	200.00		200.00			0.00	200.00
ECHOGRAPHIE										

Intervenant : 438055 DR CHIKHAOUI NABIL (RADIOLOGUE)	TOTAUX :	200.00								200.00
--	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE :

0:00 REGLE

AVOIR:

RESTE DU:

200.00

DATE FACTURE : 10/01/2024 EDITEE LE : 10/01/2024 PAR: BILAL

ACCIDENT DE TRAVAIL

DATE AT :

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

VISA

# SERVICE DE RADIOLOGIE



INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghallef

Casablanca le : 10/01/2024

Patient (e) : NASSIRI AICHA

## ECHOGRAPHIE DU COUDE DROIT

Epaississement des tendons épicondyliens internes chiffré à 8mm avec un aspect hypoéchogène du tendon en rapport avec une tendinose.

Absence d'anomalie des tendons épicondyliens externes.

Articulations du coude ne présente pas d'anomalies.

L'épaisseur de cartilage d'encroutement irrégulière.

Absence d'épanchement articulaire.

Le tendon biceps est de morphologie normale.

Absence d'anomalie des épitrochléens ni au niveau du tendon triceps.

Absence de calcification.

## CONCLUSION

Aspect d'épicondylite interne.

Echographie du coude ne révélant pas d'autre anomalie.

Pr CHIKHAOUI Nabil  
Radiologue

INPE : 91036020

