

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0031662

203795

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9442 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SADOK Ahmed

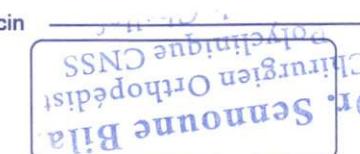
Date de naissance : 17 oct 1963

Adresse :

Tél. : 0631428339 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16.04.2024

Nom et prénom du malade : SADOK Ahmed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gonalgies bilatérales

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 : 16/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Céficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16.04 2024 23.04	Consultation Polyclinique Assesse Consultation C	03/04/2024 03/04/2024 03/04/2024	0600F 0600F 0600F	Signature du Médecin Sébastien DUBOIS Groupe CNSS Polyclinique de la Suisse Romande

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/04/2024	129,15
	23/4/2024	185,00

**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.

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		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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 :	1463300	N° SEJOUR :	240037453	FACTURE N° 2402010637				DATE D'ENTREE :	16/04/2024	DATE DE SORTIE :	16/04/2024
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	SADOK,Ahmed				UF:	6001 CONSULTATION MÉDICALE ET AUXI	SADOK,Ahmed				
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	
CONSULTATION DE MEDECIN.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE											

Intervenant : 17112011 DR SENNOUNE BILAL (TRAUMATOLOGUE)	TOTAUX :	150.00								150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR:	
		RESTE DU:	150.00							
DATE FACTURE : 16/04/2024	EDITEE LE : 16/04/2024	PAR: IMANE	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISÀ			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							

Prise de consultation  
PC Clinique CNSS  
Derb-Ghallef



درب غلف

DERB GHALLEF

# وصفة

## ORDONNANCE

SADOK  
Ahmed

le 23-06-24

PPV 49DH50  
EXP 10/2025  
LOT 34038 4

49,50

- Di Indo

صيدلية ابن سينا  
PHARMACIE IBN TAIMIA  
POULOUZI Dr. Sidi Maârouf  
Docteur Sidi Maârouf  
n° 119 Lot Al Addama Sidi Maârouf  
0522 33 52 25 Casablanca

10,60

1P x 31 mg 5x5 p 10,

20,60

Cedol

LOT: 06223029  
PER: 01/2028  
PPV: 44,10 DH

44,80

Algite

LOT: M1210  
PER: 11/2025  
PPV: 70,10DH

70,10 1P le matin

p 10,11

Insol 20

180 mg

Polyclinique CNSS  
Chirurgien Orthopédiste  
Dr. Sennoune

# وصفة

## ORDONNANCE



درب غلف

DERB GHALLEF

ن° SADOK  
Ahmed

le 16.04.24

COOPER PHARMA  
PPV: 142,10 DH

ن° ۲۰

① - Arixib 90  
Ipli ap 2027 S.V 1101  
② - Acetflu 1 - 0 - 2 S.V 27

PPV : ۱۴۲,۱۰  
LOT : ۲۰۲۷  
EXP : ۲۷/۰۴/۲۰۲۷

ن° ۶۸

Dr. Sébastien Orthopédie  
Polyclinique CNSS  
Chirurgien Orthopédiste

