

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2368

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL FAISAL Khadija Vve ZAKAR

Date de naissance : 13/07/1953

Adresse : 27 Rue Sabaa Bannoura Maârif El Aït

Tél. : 06 74 50 95 38

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Transthoracique pied cheveux

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 : CAJY

Le : 13/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : El Faisal

## 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
09/05/2011		C.	40,00	  

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARMACIE EL FARAJA ROUTE D'EL JADIDA 40, Bd Brahim Roudani Casablanca Tél: 05 22 99 57 47</i>	09/05/2022	61,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09/05/2001		150,00

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
				Montants des soins <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
				Début d'exécution <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
				Fin d'exécution <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Montants des soins <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
				Date du devis <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
				Date de l'exécution <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>



مرب غلف

DERB GHALLEF

## ORDONNANCE

Le 09/05/2022

El Faizal Khadija

1 | Algik 13,20 ✓ 150

PHARMACIE ET PHARMACIE  
ROUTE D'EL JADIDA  
240, Bd Brahim Roudani  
Casablanca  
Tél: 05 22 99 57 46

145 + 25 145/25

21 Dosen Sp 47,80

360  
M. L. E. B. 360  
ISSN 0360-0963  
ISSN 0360-0963

64,03

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 20 05 22 86 30 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05  
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

PPV:

EXP:

Lot N°:

47,80

13,20



## **Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM**

Casablanca le : 09/05/2022

Patient (e) : EL FAICAL KHADIJA

### **RADIOGRAPHIE DU PIED DROIT F + P**

#### **Résultat :**

- Absence de solution de continuité osseuse
- Pas de lésion osseuse focale
- Intégrité des interlignes articulaires
- Respect des parties molles

➤ *A corréler au reste des données*

Dr JELLOUL

Dr JELLOUL  
Médecin Radiologue  
INPE : 101189531

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 : 1292628 N° SEJOUR : 220039192

FACTURE N° 2205010841

DATE D'ENTREE : 09/05/2022 DATE DE SORTIE : 09/05/2022

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : EL FAICAL, Khadija

EL FAICAL, Khadija

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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
FOURNITURES MEDICALES				4.51					0.00	4.51

Intervenant : 02012018 DR TALEB SOPHIA GENERALISTE TOTAUX : 4.51 4.51

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
QUATRE DHS ET CINQUANTE ET UN CENTIMES

PLAFOND PC : ACOMPTE :

REMISE : 0.00 REGLE : AVOIR :

RESTE DU: 4.51

DATE FACTURE : 09/05/2022 EDITEE LE : 09/05/2022 PAR: MOURAD

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

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

+ ٤١

Le 09/05/2022

El Faigal Khadija

M pied droit

F



CNSS DERB GHALLEF