

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 : 2869

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHOUIRY - ABDELLAH

Date de naissance : 01-01-52

Adresse : 9, Rue Ben Youssef, Hny Essaouira

Beauséjour, CASA

Tél. 0677909084

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. ATLAB Mustapha  
أخصائي القلب والشريان  
Gsm: 0661 06 29 52*

Date de consultation : 12/09/2022

Nom et prénom du malade : FARIDAH AHLEMIA

Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HYPERTENSION

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ambiente

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 : CASA

Le : 14/09/2022

Signature de l'adhérent(e) : Mustapha

*ATLAB Mustapha  
أخصائي القلب والشريان  
Gsm: 0661 06 29 52*

## 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
13/09/22	IC	26 000	€500,00	Dr. ATLAB Moustapha Cardiologue 0667 06 29 54

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE AD DOHA</b> Avenue Stendhal Cité Plateau Casablanca - Tél: 05 22 25 96 69	13/09/22	326.80

## **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 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

Diagram illustrating a 3D grid with 12 points labeled A through L. The grid is defined by three axes: vertical (up and down), horizontal (left and right), and diagonal (front and back). Points are labeled with coordinates (row, column, depth).

## **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة  
ORDONNANCE

Le 13/09/2021

PPV: 43DH00  
PER: 06/24  
LOT: L2137

M. Faritti Amina

43.00<sup>23</sup>, Augle 1  
126.80  
71.00 Nodex 1/2 CP 1  
326.80



PHARMACIE AD-DOHA  
Avenue Stendhal, Cité Plateau  
Casablanca - Tel: 05 22 25 96 69  
Dr. ATLAB Mustapha  
Cardiologue  
أخصان أمراض القلب والشريان  
Gsm: 0661 06 29 52

3 ممك

PPV: 43DH00  
PER: 06/24  
LOT: L2137

PPV: 43DH00  
PER: 06/24  
LOT: L2137

PHARMACIE AD-DOHA  
Avenue Stendhal Cité Plateau  
Casablanca - Tél: 05 22 25 96 69

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 :	1322393	N° SEJOUR :	220081293	<b>FACTURE N° 2202019778</b>			DATE D'ENTREE :	13/09/2022	DATE DE SORTIE :	13/09/2022	
ASSURE :							DESTINATAIRE :	FARIHI,Ahlima			
MALADE : FARIHI,Ahlima				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.	CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00	

Intervenant : 210104 DR ATLAB MUSTAPHA (CARDIOLOGUE)	TOTAUX :	250.00								250.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:		
DEUX CENT CINQUANTE DHS	REMISE :	0.00	REGLE :	250.00					AVOIR :		
	RESTE DU:	0.00									
DATE FACTURE : 13/09/2022	EDITEE LE : 13/09/2022	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