

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-766561

132960



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 716 46 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOU NABER FATHIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 62 10 90 63

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D'RABANI Abdellatif  
Polyclinique CNSS  
Derb Ghallef  
INP: 091117507

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 12/01/2012 /

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DALAL</b> 24, Bd. des Vanneaux Oasis - Casablanca Tél 05 22 99 27 54	11/12/92	116,33

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/10/2022	POLYCLINIQUE DE L'ANSE CAISSE URGENCES	160

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

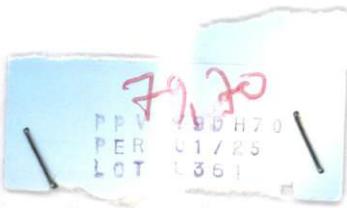


# وصفة ORDONNANCE

درب غلف  
DERB GHALLEF

Le 11/10/2022

Mount BIR.  
Fathia



79,70

36,60

71,16,30

Ar x

5  
L

14/12 x 08g

Betosleme 2mg

24/12 x 08g

5  
L

IN 117507  
Dr. Ghallef  
Polyclinique CNSS  
Dr. Abdellatif Addamane

HARMACIE DALAL  
24, Bvd. des Vanneaux  
Oasis - Casablanca  
Tél: 05 22 99 27 54



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة  
ORDONNANCE

Le .....

M 110 R 022

Novanair  
Fohip

Poumons

febre

D'RAFATI M. Moullet  
Polyclinique CNSS  
Derb Ghallef  
INP: 091117507

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 : 1329141	N° SEJOUR : 220091111	<b>FACTURE N° 2203035904</b>				DATE D'ENTREE : 11/10/2022		DATE DE SORTIE : 11/10/2022				
ASSURE :						DESTINATAIRE :						
MALADE : MOUNABIR,Fatiha		UF: 5003 RADIOLOGIE				MOUNABIR,Fatiha						
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
ACTES DE RADIOLOGIE ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	16.00	10.00	160.00					0.00	160.00	

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .			TOTALS :		160.00						160.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :							ACOMPTE:		
CENT SOIXANTE DHS			REMISE :		0.00	REGLE :				AVOIR:		
			RESTE DU:		160.00							
DATE FACTURE : 11/10/2022			EDITEE LE : 11/10/2022		PAR : SAAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
							DATE AT :					
VISA			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							

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 : 1329141	N° SEJOUR : 220091115	<b>FACTURE N° 2205026590</b>				DATE D'ENTREE : 11/10/2022	DATE DE SORTIE : 11/10/2022			
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : MOUNABIR, Fatiha		UF: 5002 URGENCES				MOUNABIR, Fatiha				
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.	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00

Intervenant : 06112011 DR RABANI ABDELTIF (GENERALISTE)		TOTAUX : 80.00								80.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS				PLAFOND PC : 80.00						ACOMPTE : 0.00	
				REMISE : 0.00		REGLE : 0.00				AVOIR : 0.00	
				RESTE DU : 80.00							
DATE FACTURE : 11/10/2022		EDITEE LE : 11/10/2022		PAR : SAAD		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 : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					

POLYCLINIQUE  
 DERB-GHALLEF CASABLANCA  
 CAISSE URGENCES