

# 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.

Optique 133389  Autres

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1217

Actif

Pensionné(e)

Société : RAN

Nom & Prénom : ZOUIN KADA

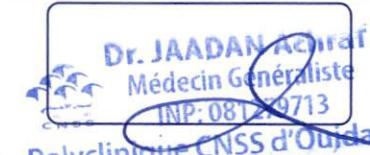
Date de naissance : 15/07/1950

Adresse : 72 RUE DE ROME CASABLANCA

Tél. : 06674188 Total des frais engagés : 555,78 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Blessure du 5<sup>e</sup> doigt

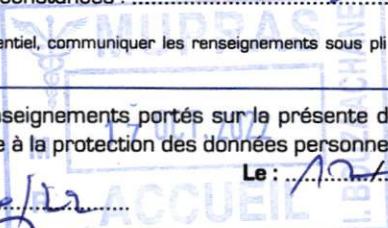
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 00320 Le : 12/12/12

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
12/09/22	V.U.	355,48		Dr. JAADAN Achraf Médecin Généraliste INP. 081229713 Polyclinique CNSS d'Oujda

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie La Polyclinique 28 Bd El Mouhada - Oujda Tel : 05 36 68 49 48	12/09/2022	473,00

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/09/22	215	150,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

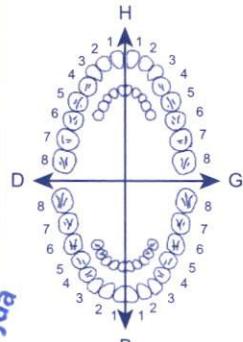
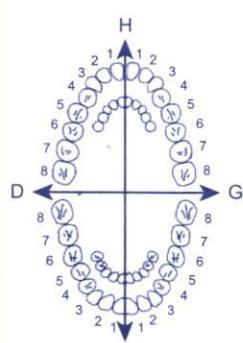
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

### 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												
																
																
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				Coefficient des Travaux												
<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des Soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## ORDONNANCE

-Urgence 24/24h  
 Radiologie 24/24h  
 -Médecine-  
   Générale  
 Pédiatrie  
 Aédecine- Interne  
 Castro-Hépato-  
 Entérologie  
 Réanimation-  
 Ophtalmologie  
   -Chirurgie  
   Infantile  
   -Chirurgie  
   générale  
   -Traumato-  
   -Orthopédie  
   -Gynéco  
   obstétrique  
   -Laboratoire-  
   D'analyses  
   -Neurologie  
   -Urologie  
 Dermatologie  
   -ORL  
 Hémodialyse-  
 Néphrologie  
 -Cardiologie  
 Oncologie

Nom et Prénom du malade : *M. J. S.*

Distribué sous licence  
 -- LAPROPHAN S.A.--  
 21,rue des Oudaya  
 Casablanca -- Maroc  
 PPV : 47DH30

 **Pharmacie La Polyclinique**  
 28 Bd Echouhada - Oujda  
 Tel : 05 36 68 49 48





# BILLET D'EXAMEN RADIOLOGIQUE

DATE.....

06 SEPT 2022  
OUJDA

NOM DU MALADE

Zouia Kader, 06 SEPT 2022

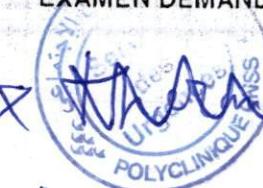
ETIQUETTE

N° DOSSIER.....

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

TR  
104  
16

## EXAMEN DEMANDE



RX

main g  
profil  
cervical

Dr. JAADAN Achraf  
Médecin Généraliste  
NIP: 0812/9713  
Polyclinique CNSS d'Oujda

MEDECIN TRAITANT

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

Z=

PC=

K=

24X 30  
30 X 40

36X 43  
35 X 35

35XX35  
13 X 18

18 X 24  
15 X 40

TOTAL CLIQUES  
TOTAL POSES

Etiquette  
numéro de dossier

# ORDONNANCE INTERNE

POLYCLINIQUE DE LA  
SECURITE SOCIALE

Service.....

Réf.99.20.011

CODE SERVICE			CODE MEDECIN
CU	CD	CS	

NOM:..... *Zouhair*  
ET PRENOM:..... *Kadie*  
DU MALADE:.....

NOM DU PRODUIT PHARMACEUTIQUE	POSOLOGIE(Facultative)	CODE	QUANTITES		PRIX UNITAIRE	MONTANT
		NOMENCLATURE	PRESCRITES	LIVREES		
		S003	01			
		C71005	02			
		EHS004	02			
		C7B039	06			
		CMG010	06			
		C7C2M	01			
		L02A	01			
LE MEDCIN NOM: ..... Signature	Dr. JAADAN Achraf Médecin Généraliste Polyclinique CNSS d'Oujda	PHARMACIE TAMPON CODE Signature	PHARMACIE CENTRAL CODE Signature	Informatique	TOTAL	

# NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT :

**1) Date de la consultation :**

**2) Renseignements cliniques sommaires :**

Plaie du genou droit

**3) Traitement envisagé et actes :**

Soutie  
KG1 -> A 400

**4) Durée prévisible du traitement :**

OUJDA

le. .... / .... / ....

Dr. ZAADAN Achraf  
Médecin Généraliste  
NIP: 081229713  
Solvélinique CNSS d'Oujda

Signature



\* 0 8 0 0 0 1 4 8 0 \*

N° IPP :	380598	N° SEJOUR :	220029646	<b>FACTURE N° 2205018618</b>				DATE D'ENTREE : 07/09/2022		DATE DE SORTIE : 07/09/2022			
ASSURE :													
MALADE :	ZOUIN,Kada	UF: 5002 URGENCES				DESTINATAIRE : ZOUIN,Kada							
NOM JEUNE FILLE :													
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													
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00		150.00		
ACTES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE													
ACTE DE CHIRURGIE	KC	11.00	22.50	247.50					0.00		247.50		
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				55.10					0.00		55.10		
FOURNITURES MEDICALES				55.88					0.00		55.88		

Intervenant :	10716 DR JAADAN ACHRAF (GENERALISTE)	TOTAUX :	508.48								508.48
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CINQ CENT HUIT DHS ET QUARANTE HUIT CENTIMES	PLAFOND PC :							ACOMPTE:		
		REMISE :	0.00	REGLE :	508.48				AVOIR:		
		RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE :	07/09/2022	EDITEE LE :	07/09/2022	PAR:	JIIJI	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - OUJDA				
						BANQUE :	BMCE - OUJDA				
						N° compte bancaire :	0115700001321006052792				



# **POLYCLINIQUE DE LA SECURITE SOCIALE SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE**

Radiologie conventionnelle-Mammographie-Radiologie Interventionnelle  
Echo-Doppler-Couleur

**Tel :036685049**

Nom : ZOUIN

Date: 07 /09 /22

Prénom : KADA

Médecin Demandeur :

## **RADIOGRAPHIE DE LA MAIN G**

Fracture de l'extremite distale de la 3 eme phalange du 5 eme doigt gauche

- Respect des parties molles péri-articulaires.



## Relevé de compte

**SAHAM ASSURANCE**

Compostage n° (Relevé)	Date d'envoie Facture	Regr	N° Facture	N° Séjour	Exe	Date facture	Montant facturé	Règlement	Reste à régler	Nom & prénom du Malade	Nom & prénom de l'Assuré	Matricule	Date Entrée	Date Sortie	Réf. PEC	Régime du Tiers payant
---------------------------	--------------------------	------	------------	-----------	-----	--------------	-----------------	-----------	----------------	------------------------	--------------------------------	-----------	-------------	-------------	----------	------------------------