

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

M22- 0013736

35967

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3094

Actif

Pensionné(e)

Société :

Autre :

Nom & Prénom :

LAPLACH RKIA

Date de naissance :

01/01/1951

Adresse :

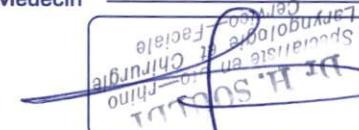
Rue jules Verne cité calima N° 6  
OASIS casablanca

Tél. :

Total des frais engagés : 687,5 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



24 OCT. 2022

Date de consultation :

Laplach RKIA

Nom et prénom du malade :

Lui-même  Conjoint

Lien de parenté :

Affection ORL

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

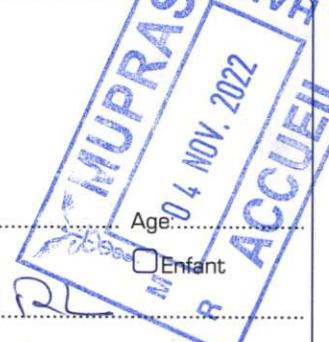
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26.10.22        | S                 |                       | 1500                            | LE M. SUU LD   |
| 27.10.22        | KISN              |                       | 337.2000                        | LE M. SUU LD   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|   | 22/10/22 | Bonif                        | 200                    |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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 |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |

DENTAL TREATMENT DIAGRAM (ODF)

H (Upper Anterior)      G (Lower Anterior)

D (Upper Left)      B (Lower Left)

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |          |          |  |
|---|----------|----------|--|
| H   | 25533412 | 21433552 |  |
| D   | 00000000 | 00000000 |  |
| B   | 00000000 | 00000000 |  |
|   | 35533411 | 11433553 |  |

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| MONTANTS DES SOINS | DEBUT D'EXECUTION | FIN D'EXECUTION | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |  |  |  |
|--------------------|-------------------|-----------------|-------------------------|--|--|--|--|
|                    |                   |                 |                         |  |  |  |  |
|                    |                   |                 |                         |  |  |  |  |
|                    |                   |                 |                         |  |  |  |  |
|                    |                   |                 |                         |  |  |  |  |
|                    |                   |                 |                         |  |  |  |  |
|                    |                   |                 |                         |  |  |  |  |
|                    |                   |                 |                         |  |  |  |  |
|                    |                   |                 |                         |  |  |  |  |
|                    |                   |                 |                         |  |  |  |  |
|                    |                   |                 |                         |  |  |  |  |

DENTAL TREATMENT DIAGRAM (ODF)

H (Upper Anterior)      G (Lower Anterior)

D (Upper Left)      B (Lower Left)

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Le 27 OCT. 2022

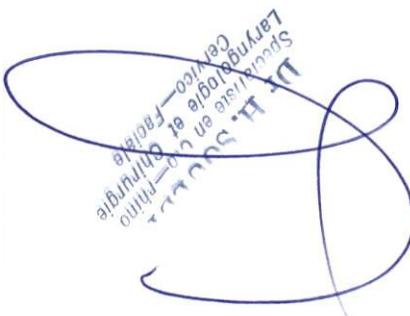
Dr. Laghache Rokia

Opérée le 10/10/2006  
en 1981

Echo ouverte.



POLYCLINIQUE  
DERB GHALLEF  
CLINIQUE CASABLANCA  
CLINIQUE URGENCIA



MAS

**Note confidentielle**  
(A renseigner par le médecin traitant)

**Nom et prénom da l'assuré (e) :**  
.....

**Numéro d'immatriculation:**  
/ / / / / / / / / /

**Nom et prénom du bénéficiaire (autre que l'assuré(e)) :**  
Lapach Rhice

**Date de naissance du bénéficiaire :**  
/ / / / / / / / / /

**Nom et prénom da médecin traitant :**  
D. Souad

**INPE et code à barres\* :**

94487184

**Date de la consultation:** / / / / / / / / / /

**Diagnostic et motif des soins:**

Dysphorie

**Antécédents et facteurs de risque :**  
.....

**Examen clinique à l'admission :**  
.....

**Résultats des bilans para cliniques :**  
.....

**Libellé et nature des soins :**

Noso Ris

| Durée prévisible des soins | Date de début       | Date de fin         |
|----------------------------|---------------------|---------------------|
|                            | / / / / / / / / / / | / / / / / / / / / / |

**Fait à :** Gizeh **Le :** 17/11/1993 à 9h30.

**Signature et cachet du médecin traitant**

Dr. Souad  
Polyclinique de Gizeh

\*Accoller l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

Adresse OG :

Fax :

Tél. :



INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghallef

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 27/10/2022

Patient (e) : LAQLACH RKIA

Prescripteur : DR SOULDI

### ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

ATCD d'isthmo-lobectomie gauche.

Le lobe droit mesure : 15 mm x 13 mm x 40 mm soit un volume 4,4cc soit un volume de 4,4cc.

Le lobe droit est de taille normale, homogène sans lésion focale.

Glandes parotides et sous maxillaires sont de volume normal, de contours réguliers et d'échostructure homogène.

Absence d'adénopathies cervicales.

### CONCLUSION

Lobe droit de taille normale et homogène.

I.R.M  
(1.5 Tesla)

Scanner  
(Corps Entier)

Radiologie  
Numérique

Echo-Doppler  
(Couleur)

DR BENBRAHIM  
Dr. Abdellah BENBRAHIM  
Médecin Radiologue  
Polyclinique CNSS DERB GHALLEF  
INPE 2107673

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 :                    | 1332326       | N° SEJOUR :      | 220095699        | FACTURE N°                             | 2202023431     | DATE D'ENTREE : | 24/10/2022     | DATE DE SORTIE : | 24/10/2022     |         |
|-----------------------------|---------------|------------------|------------------|--|----------------|-----------------|----------------|------------------|----------------|---------|
| ASSURE :                    |               |                  |                  |  |                |                 |                |                  |                |         |
| MALADE :                    | RKIA,Laqlach  |                  |                  | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI |                | DESTINATAIRE :  |                |                  |                |         |
| NOM JEUNE FILLE :           |               |                  |                  | N° IMMAT C.N.S.S :                     |                | RKIA,Laqlach    |                |                  |                |         |
| 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<br>CLE | NOMBRE<br>x COEF | PRIX<br>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 :                               | 13092017 DR SOULDI HAJAR OTO-RHINO LARYNGOLOGISTE | TOTAUX :    | 150.00     |                                      |       |   |        |  | 150.00   |  |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : |   |             |            | PLAFOND PC :                         |       |   |        |  | ACOMPTE: |  |
| CENT CINQUANTE DHS                          |   |             |            | REMISE :                             | 0.00  | REGLE :                                     | 150.00 |  | AVOIR:   |  |
|   |   |             |            | RESTE DU:                            | 0.00  |   |        |  |          |  |
| DATE FACTURE :                              | 24/10/2022  | EDITEE LE : | 24/10/2022 | PAR:                                 | IMANE | 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            |        |  |          |  |

caisse de Consultation  
Polyclinique  
Derb-Ghallef

| N° IPP : 1333314      | N° SEJOUR : 220097216 | FACTURE N° 2203038355 |                  |        |                | DATE D'ENTREE : 27/10/2022       |                | DATE DE SORTIE : 27/10/2022 |                |         |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|--------|----------------|----------------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|---------|
| ASSURE :              |                       |                       |                  |        |                | DESTINATAIRE :                   |                | LAQLACH,Rkia                |                |         |
| MALADE : LAQLACH,Rkia |                       | UF: 5003 RADIOLOGIE   |                  |        |                | N° IMMAT C.N.S.S. :              |                |                             |                |         |
| NOM JEUNE FILLE :     |                       |                       |                  |        |                | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : |                |                             |                |         |
| TIERS PAYANT 1 :      |                       |                       |                  |        |                |                                  |                |                             |                |         |
| TIERS PAYANT 2 :      |                       |                       |                  |        |                |                                  |                |                             |                |         |
| REF. PC 1 :           | REF. PC 2 :           |                       |                  |        |                | N° SE. SOC. ETRANG. :            |                |                             |                |         |
| NATURE DE PRESTATION  | LETTRE<br>CLE         | NOMBRE<br>x COEF      | PRIX<br>UNITAIRE | TOTAL  | TIERS PAYANT 1 |                                  | TIERS PAYANT 2 |                             | PART DU MALADE |         |
|                       |                       |                       |                  |        | % / Dh         | MONTANT                          | % / Dh         | MONTANT                     | % / Dh         | MONTANT |
| ACTES DE RADIOLOGIE   |                       |                       |                  |        |                |                                  |                |                             |                |         |
| ECHOGRAPHIE           | ECHOGR                | 1.00                  | 200.00           | 200.00 |                |                                  |                |                             | 0.00           | 200.00  |

|  |                                      |           |   |  |   |  |           |  |          |
|--|--------------------------------------|-----------|---|--|---|--|-----------|--|----------|
| Intervenant : 18102013 DR BENBRAHIM ABDELILAH (RADIOLOGUE) | TOTAUX :                             | 200.00    |   |  |   |  |           |  | 200.00   |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :                | PLAFOND PC :                         |           |   |  |   |  |           |  | ACOMPTE: |
| DEUX CENTS DHS   | REMISE :                             |           | 0.00  |  | REGLE :                                     |  |           |  | AVOIR :  |
|  | RESTE DU:                            |           | 200.00                                      |  | POLYCLINIQUE CNSS - DERB GHALLEF CASABLANCA |  |           |  |          |
| DATE FACTURE : 27/10/2022                                  | EDITEE LE : 27/10/2022               | PAR: SAAD | 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            |  |   |  |           |  |          |

 POLYCLINIQUE CNSS  
 DERB GHALLEF CASABLANCA  
 CAISSE URGENCES

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 : 1333314            | N° SEJOUR : 220097168 | FACTURE N° 2205028167 |                  |        |                | DATE D'ENTREE : 27/10/2022       |                | DATE DE SORTIE : 27/10/2022 |                |         |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|--------|----------------|----------------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|---------|
| ASSURE :                    |                       |                       |                  |        |                | DESTINATAIRE :                   |                | LAQLACH,Rkia                |                |         |
| MALADE : LAQLACH,Rkia       |                       | UF: 5002 URGENCES     |                  |        |                | N° IMMAT C.N.S.S. :              |                |                             |                |         |
| NOM JEUNE FILLE :           |                       |                       |                  |        |                | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : |                |                             |                |         |
| TIERS PAYANT 1 :            |                       |                       |                  |        |                | N° SE. SOC. ETRANG. :            |                |                             |                |         |
| TIERS PAYANT 2 :            |                       |                       |                  |        |                |                                  |                |                             |                |         |
| REF. PC 1 :                 | REF. PC 2 :           |                       |                  |        |                |                                  |                |                             |                |         |
| NATURE DE PRESTATION        | LETTRE<br>CLE         | NOMBRE<br>x COEF      | PRIX<br>UNITAIRE | TOTAL  | TIERS PAYANT 1 |                                  | TIERS PAYANT 2 |                             | PART DU MALADE |         |
|                             |                       |                       |                  |        | % / Dh         | MONTANT                          | % / Dh         | MONTANT                     | % / Dh         | MONTANT |
| AUTRES ACTES COTES EN K     |                       |                       |                  |        |                |                                  |                |                             |                |         |
| ACTE DE SPECIALITE MEDICALE | K                     | 15.00                 | 22.50            | 337.50 |                |                                  |                |                             | 0.00           | 337.50  |

|   |                        |                |   |  |  |  |  |           |        |
|---|------------------------|----------------|---|--|--|--|--|-----------|--------|
| Intervenant : 13092017 DR SOULDI HAJAR OTO-RHINO LARYNGOLOGISTE                                 | TOTAUX : 337.50        |                |   |  |  |  |  |           | 337.50 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>TROIS CENT TRENTÉ SEPT DHS ET CINQUANTE CENTIMES | PLAFOND PC :           |                |   |  |  |  |  | ACOMPTE:  |        |
|   | REMISE : 0.00          | REGLE : 337.50 |   |  |  |  |  | AVOIR :   |        |
|   | RESTE DU: 0.00         |                |   |  |  |  |  |           |        |
| DATE FACTURE : 27/10/2022   | EDITEE LE : 27/10/2022 | 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                 |  |  |  |  |           |        |



CNSS DERB GHIALEI  
27/10/22 05:33:05

RKIA,  
ADM 271022 053138

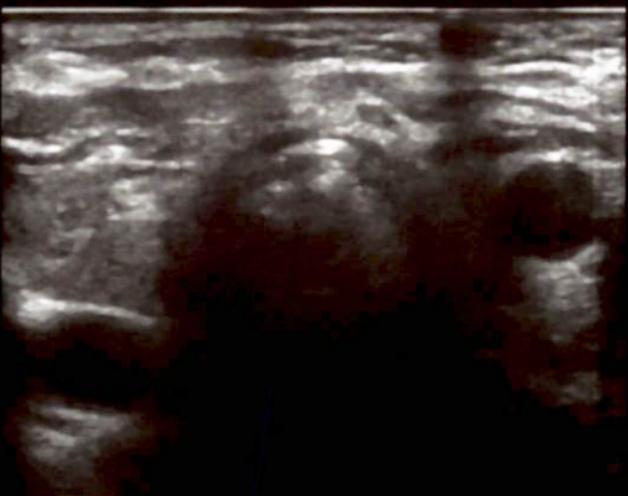
MI 1.2

TI 0.3

9L  
Thyroide

FR .55  
AO% 100

LOGO  
P3



1"

2"

3"



CNSS DERB GHIALEI  
27/10/22 05:32:58

RKIA,  
ADM 271022 053138

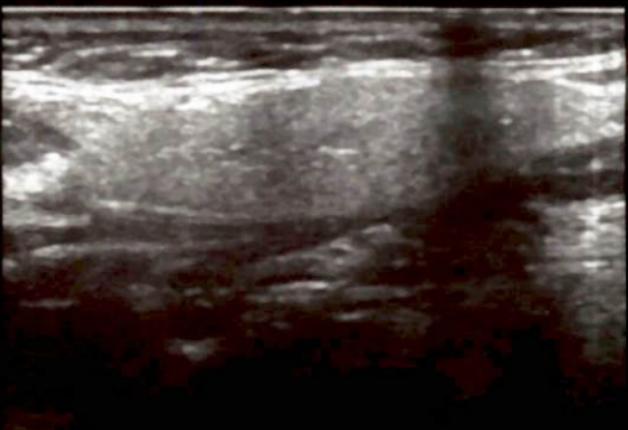
MI 1.2

TI 0.3

9L  
Thyroide

FR .55  
AO% 100

LOGO  
P3



1"

2"

3"

