

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0010853

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5232 Société : 145965
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EZZAHER ALI
 Date de naissance : 1948
 Adresse : Boucheutouf Rue 52 N°15 Casca
 Tél. : 06 20 493982 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 06/06/2022
 Nom et prénom du malade : Stefan Touria Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Gonadotrophie Bilatérale / Gonadotrophie
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
06/12/2022		0	Gratuite	
12/12/2022		0	Gratuite	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Menara Casa sari Derb El Miter N° 9 Re 1 Bouchentout Casablanca - Tél: 5 22 28 40 23 ICE: 001784284000015	12/12/22	21220
	Code INDE: 092106152	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07.12.22		3000

AUXILIAIRES MEDICAUX

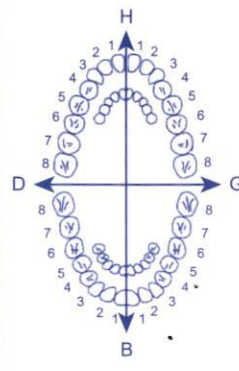
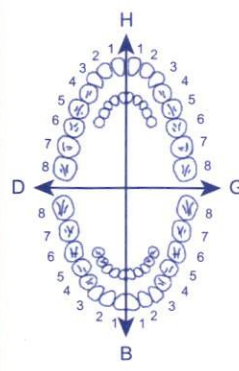
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>G</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>B</div> <div>11433553</div> </div> </div>			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

le 12.12.2022

Mr/Mme Khefar Touria

1/ Biascléline 400
1 box
dur 3 mois

188,00

Pharmacie Menara Casa sari
Derb El Miter N° 9 Rue 1 Bouchentouf
Casablanca - Tél: 05 22 28 40 23
ICE: 002704284000015

2/ Paracétol 1g

14,60 X 12

1 - 0 - 1

dur 10 j

Cachet du médecin

21720
/

~~Dr. EL MOKADDAM EL BRASSI Nadjia
Médecin - Tél: 07 1155394
C/S Mésaoui El Fida
Casablanca - Tél: 05 22 28 40 23~~

INSAPONIFIABLES D'AVOCATE
PIASCLEDINE® 300MG
 Boîte de 30 gélules
 Distribution: Sermet-Bouskoura
 PPV: 188.00 DHS
 118001 072644
 بيا سكلين

PARANTAL® 1g
 PPV 14DH60
 EXP 04/2025
 LOT 23024 1

PARANTAL® 1g
 8 comprimés effervescents
 6 118000 032380

PARANTAL® 1g
 PPV 14DH60
 EXP 02/2025
 LOT 1D050 3

تحذير
 لا تستعمل
 amol par
 ts à la fois
 يحفظ في
 e l'humidité
 nts
 DMP/21
PARANTAL® 1g
 8 comprimés effervescents
 6 118000 032380
 مخبر المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا
 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC
 Laprophan
 لا-روفان

ORDONNANCE

Le :

06/12/2022

Mr. Essafar Touba:

POLYCLINIQUE CNSS
DERB-GHALF CASABLANCA
Caisse Radiologie

Rx de 2 genoux.

Dr. B. MOKADDEN BRISSE Nadia
M&C
C/S M&C - Fida
Casablanca - PE-071155394

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 : 1343722		N° SEJOUR : 220111774		FACTURE N° 2203044218		DATE D'ENTREE : 07/12/2022		DATE DE SORTIE : 07/12/2022			
ASSURE :				UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : ESSEFAR, Touria					
MALADE : ESSEFAR, Touria											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF.	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	30.00	10.00	300.00					0.00 300.00	

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .		TOTAUX :		300.00						300.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
				REMISE :		0.00		REGLE :		AVOIR :	
				RESTE DU:		300.00					
DATE FACTURE : 07/12/2022		EDITEE LE : 07/12/2022		PAR: BILAL		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 Radiologie



INPE 090001512
ICE 001757364000080

**Polyclinique
Derb-Ghalef**

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 07/12/2022

Patient (e) : ESSEFAR TOURIA

RX. DES DEUX GENOUX EN CHARGE F/P

Pincement de l'interligne fémoro-tibial interne.

Ostéophytes des plateaux tibiaux et des condyles fémoraux.

Absence d'anomalies des parties molles.

CONCLUSION

Gonarthrose débutante

