

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

M23-004350

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 002222 Société : Royal Air Maroc
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : BOUKILI EL HADI
Date de naissance : 01/01/1957
Adresse : BP- 17038 CASABLANCA - MAROC
Tél. : 06 6157 7055 Total des frais engagés : 150+200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 28/03/2023
Nom et prénom du malade : Boukili El hadi Age: 66 Ans
Lien de parenté : lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Diabète
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 : 28 / 03 / 2023

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

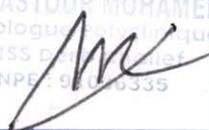
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/3/23		S	150 DH	

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
 DR MASTOUR MOHAMED Radiologue CNSS INPE: 9800335	28/3/23	Euro	20,-

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 canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



وصفة
ORDONNANCE



Le 28/03/2023.

El Hadji Braekili

64 ans.
DNID.
Il présente des lésions nodulaires
de certaines une au niveau de l'quant-
bros gauche ; une au n° de la
nuque et une zone du pied.
gauche. Lésions
Fam. échographie des
lésions

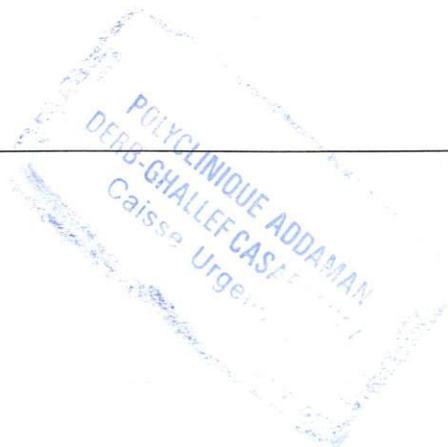
Dr. K. BALINE
Dermatologue-Vénérologue

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 : 1371998		N° SEJOUR : 230030317		FACTURE N° 2303011266		DATE D'ENTREE : 28/03/2023		DATE DE SORTIE : 28/03/2023				
ASSURE :				DESTINATAIRE :		BOUKILI,El Hadi						
MALADE : BOUKILI,El Hadi				UF: 5003 RADIOLOGIE								
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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE			ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED				TOTAUX :		200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :						PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
DEUX CENTS DHS						REMISE :	0.00	REGLE :	200.00		AVOIR :	
						RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 28/03/2023				EDITEE LE : 28/03/2023		PAR: SAAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :				
Réglement 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 : 1371998	N° SEJOUR : 230030262	FACTURE N° 2302008850		DATE D'ENTREE : 28/03/2023	DATE DE SORTIE : 28/03/2023					
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		DESTINATAIRE : BOUKILI,El Hadi						
MALADE : BOUKILI,El Hadi		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 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. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M0100021 DR BALINE KENZA	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00				AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 28/03/2023	EDITEE LE : 28/03/2023	PAR: IMANE	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>						
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						

Caisses Consultation
Polyclinique CNSS
Derb-Ghallef



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

Casablanca le : 28/03/2023

Patient (e) : BOUKILI EL HADI

ECHOGRAPHIE DES PARTIES MOLLES

Les lésions palpées cliniquement correspondent à des formations fusiformes avasculaires au doppler couleur.

Les formations siègent en sous cutané au niveau de l'avant bras gauche au niveau occipital gauche et au niveau de 5^{ème} rayon du pied gauche mesurant respectivement 8 x 4mm, 17 x 11mm et 25 x 9mm en faveur de lipomes.

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

DR.
Rad
D. MESTOUR
CHS Derb Ghalef
INPE 91036735



