

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

| | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------|
| Matricule : | 1061 | Société : | 2AM |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | Gamer |
| Nom & Prénom : | | LAJOURNI, M. Gamar | |
| Date de naissance : | | 21-02-1949 | |
| Adresse : | | Tunisie, Sidi Bouzid | |
| Tél. : | 06.66.40.50.05 | Total des frais engagés : | 182347 Dhs |

Cadre réservé au Médecin

| | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : | / | / | |
| Nom et prénom du malade : | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | | | |
| Affection longue durée ou chronique : | <input type="checkbox"/> ALD | <input type="checkbox"/> 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 24.10.23 | Natures des Actes C | Nombre et Coefficient 1 | Montant détaillé des Honoraires 802,00 | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes Dr. SAPHIA TALEB Chercheuse en Dentisterie Urgences Polyclinique CNSS Derb-Challef |
|-----------------------------|------------------------|----------------------------|---|---|

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | | |
|---|------------------|--------------------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur PHARMACIE LA SOURCE Dr. EL MOUINNI MOUNA 6-7 Rue Ain Asserdoune GHL - Assidoua Tél: 05.22.36.24.86 / 05.22.36.26.69 | Date 24.10.23 | Montant de la Facture 61,00 |
|---|------------------|--------------------------------|

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| | | | |
|--|------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue URGENCE | Date 24.10.23 | Désignation des Coefficients 12c | Montant des Honoraires 130,00 |
|--|------------------|-------------------------------------|----------------------------------|

AUXILIAIRES MEDICAUX

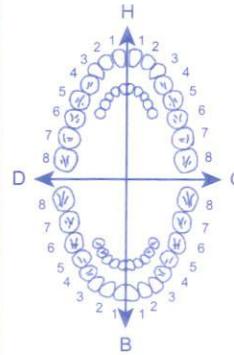
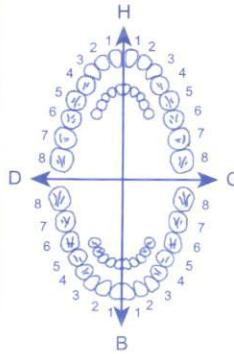
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|---|----------------------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | <input type="text"/> |
|  | | | | <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | 25533412 00000000 35533411 | G | <input type="text"/> |
| | D | 21433552 00000000 11433553 | B | <input type="text"/> |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <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



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة

ORDONNANCE

Dr. Sophia
Chef de cabinet
Urgences
Polyclinique des
Ghallef

PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUMNI MOUNA
6-7 Rue Ain Asserdouna
CIL - Casablanca
Tél. 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

le

10/10/2013

Mr YOUSSEF H. GHALLEF

13.20

47.80

61.00

Dr. S. CHAKIB
Médical Doctor
Polyclinique des
Ghallef

PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUMNI MOUNA
6-7 Rue Ain Asserdouna
CIL - Casablanca
Tél. 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

Dr. S. CHAKIB
Médical Doctor
Polyclinique des
Ghallef

PPV :
EXP :
Lot N° :

47,80



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة ORDONNANCE

le 24/10/2013

Medaia TALEB



Dr. S. Medaia TALEB
Polyclinique CNSS Derb-Ghallef
Urgence et Service des Urgences Polyclinique
Derb-Ghallef
BLAGELLOUN

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 : 1426381 | N° SEJOUR : 230107188 | FACTURE N° 2303042327 | | | | DATE D'ENTREE : 24/10/2023 | | DATE DE SORTIE : 24/10/2023 | | |
|--------------------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------|-----------------------|----------------|----------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|---------|
| ASSURE : | | | | | | UF: 5003 RADIOLOGIE | | DESTINATAIRE : | | |
| MALADE : YOUSFI MGHARI,Rachida | | N° IMMAT C.N.S.S. : | | YOUSSI MGHARI,Rachida | | | | | | |
| 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 |
| ACTES DE RADIOLOGIE | | | | | | | | | | |
| ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE | Z | 15.00 | 10.00 | 150.00 | | | | | 0.00 | 150.00 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|--|--------------------------------------|--|---|--|--|--|----------|--|
| Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE . | | | | TOTaux : 150.00 | | | | | | 150.00 | |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS | | | | PLAFOND PC : | | | | | | ACOMPTE: | |
| | | | | REMISE : 0.00 | | REGLE : | | | | AVOIR: | |
| | | | | RESTE DU: 150.00 | | | | | | | |
| DATE FACTURE : 24/10/2023 | | EDITEE LE : 24/10/2023 | | PAR: BILAL | | 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 | | | | | |

Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner - Angioscanner - IRM



درب غلف
DERB GHALLEF

Casablanca le : 24/10/2023

Patient (e) : YOUSSEFI MGHANI RACHIDA

RX. PIED DROIT F 3/4

Minéralisation osseuse normale.

Absence d'anomalie articulaire ou architecturale osseuse.

Absence d'anomalie des parties molles.

DR BENBRAHIM

Abdelilah BENBRAHIM
Médecin Radiologue
Clinique CNSS DERB GHALEF
INPE 21076708