

# 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

M22- 0016874

200 172

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1860 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ST. TAY

Amse

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/03/2014

Nom et prénom du malade : Dr AIT LANCI Abdellah, Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Dr AIT LANCI Abdellah, Dr AIT LANCI Abdellah, Dr AIT LANCI Abdellah

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
18/03/2024	CS	100	320,10	Dr AIT LANCEN Chirurgien Dentiste et Sport Médecin de Sport Chirurgie Arthroscopique INPE : 01228483

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 092036250	18/03/2024	320,10

# ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
			-
			-
			-
			-

# 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 :

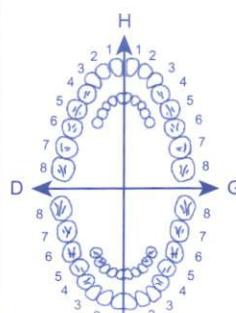
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		



### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي

+212 80 21 03 22: 01

CNSS

Le devoir de vous protéger

Chirurgie Orthopédique

Chirurgie de Sport

Chirurgie Arthroscopique

INPE: 011228483

RELAXOL 500MG/2MG  
CP 820  
P.P.V : 49DH60  
9202 80-21 03 22: 01  
Barcode: 118000 060833

صحة  
POLYCLINIQUE



درب غلف

DERB GHALLEF

# وصفة

## ORDONNANCE

le 7/8/03/6244

139,50 No 1/ Drissi għawni  
7/ Viegħha  
Rp XE/ 100 mg/100 ml

LOT: 087622021  
PER: 09/2025  
PPC: 139,50 DH

49,60  
El Reħov  
Rp XE/ 100 mg/100 ml  
82,00  
3/ Vierċiħ 200g  
Rp XE/ 100 mg/100 ml

Sté. PHARMACIE  
KASTALAN CASABLANCA  
77, Rue Abi Al Hassanour Tadlebi Hay  
Dakha - Casab. Tel: 05 22 44 96 98  
INPE  
092036250

LOT: 20121  
PER: 07/25  
PP: 82,00 DH

49,00  
4/ Behagħol  
Rp XE/ 100 mg/100 ml  
320, No  
Rp XE/ 100 mg/100 ml

DR. LAHCEN Abdellah  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Chirurgie de Sport  
Chirurgie Arthroscopique  
INPE: 011228483

BELMAZOL® 20 mg

14 gélules



6 118000 070122

Oméprazole

Viale Oral

Gélules

14

20 mg

BelMAZOL®



MAROC  
CNSS  
Centre de Għall-Expo  
BON DE RENDEZ VOUS



POLYCLINIQUE CNSS : SERVICE DE CONSULTATIONS.

NOM PRENOM DU MALADE :

STITOU Anissa

DATE & HEURE DE RENDEZ-VOUS :

10/10/2023

NOM DU MEDECIN :

Dr AZIZ LAHICER

SPECIALITE :

N° TÉLÉPHONE DU PATIENT

18/03/2023

MONTANT DE LA CONSULTATION :

16000

Service de Consultation  
Polyclinique CNSS

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 :	1464251	N° SEJOUR :	240028700	<b>FACTURE N° 2402008689</b>				DATE D'ENTREE :	18/03/2024	DATE DE SORTIE :	18/03/2024
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	STITOU,Anissa				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI	STITOU,Anissa					
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S :						
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 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.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE											

Intervenant :	M0100015 AIT LAHCEN ABDELHAKIM	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 :	18/03/2024	EDITEE LE :	18/03/2024	PAR :	IMANE	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 70210 0060 028 31			

Assurance Consultation CNSS  
Polyclinique CNSS  
Derb-Ghallef