

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

- Reclamation : 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 : 3187 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENISMAIL Hamid

Date de naissance : 17.5.1

Adresse :

Tél. : 666.66.48.36 Total des frais engagés : 36.500 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19.10.2022

Nom et prénom du malade : BENISMAIL Hamid Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ophtalmie plurimale

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

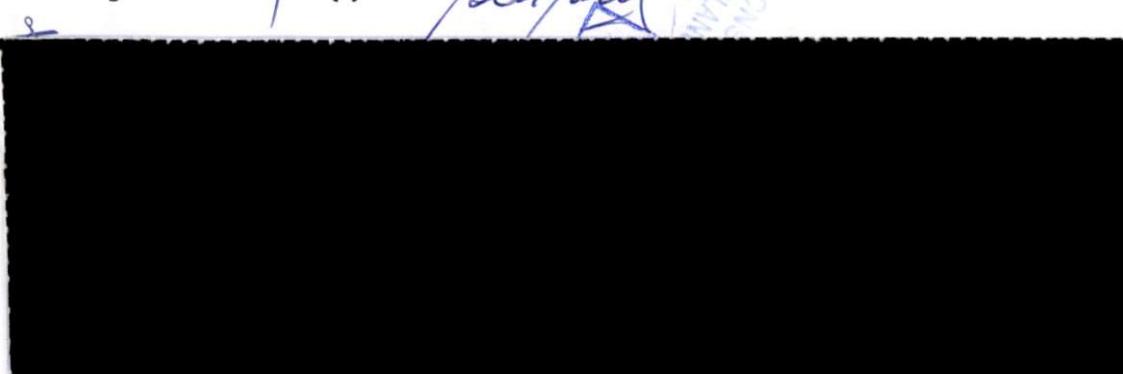
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 02 NOV. 2022 Le : 19.10.2022

Signature de l'adhérent(e) : Benismail Hamid



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
19/10/22		✓	80	D'ABAN Polyclinique Derb Ghaliel N°: 091117531 X

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE HABIBA DURHOUDA Abderrahmane Lissasfa Extension N° 275 Casablanca - Tel: 09 22 06 93 48	19/10/22	135,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/10/22	Rx	150,00

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

Casablanca le : 19/10/2022

Patient (e) : BENSMAIL HAMID

RX. CHEVILLE DROITE DE FACE ET DE PROFIL

Minéralisation osseuse normale.

Absence d'anomalie articulaire ou architecturale osseuse.

Absence d'anomalie des parties molles.

DR BENBRAHIM



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 :	46278	N° SEJOUR :	220094092	FACTURE N° 2205027365				DATE D'ENTREE :	19/10/2022	DATE DE SORTIE :	19/10/2022	
ASSURE :								DESTINATAIRE :	BENSMAIL,Hamid			
MALADE :	BENSMAIL,Hamid				UF:	5002 URGENCES						
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		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE			
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT		
CONSULTATION DE MEDECIN.	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00		
CONSULTATION DE GENERALISTE												
Intervenant : 06112011 DR RABANI ABDELTIF (GENERALISTE)				TOTAUX :	80.00						80.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS				PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR:	
				RESTE DU:	80.00							
DATE FACTURE : 19/10/2022 EDITEE LE : 19/10/2022 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 HAGENNES



N° IPP :	46278	N° SEJOUR :	220094091	FACTURE N° 2203037098				DATE D'ENTREE :	19/10/2022	DATE DE SORTIE :	19/10/2022
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	BENSMAIL,Hamid				UF:	5003 RADIOLOGIE					
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	
ACTES DE RADIOLOGIE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE.		TOTALS :		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 : 19/10/2022		EDITEE LE : 19/10/2022		PAR: SAAD		ACCIDENT DE TRAVAIL.					
VISA						N° DE POLICE : POLYCLINIQUE CNSS - CASABLANCA					
						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					



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة

ORDONNANCE

Le 19 / 10 / 2022

BERSANI L

Idamid



31,10 - Dido 50
14 1g x 5 dr



30,00 - Tedes gel 1g x 5 dr



74,80 - Spectrum 100
14 x 1g x 5 dr



PHARMACIE HABIBA
Dr. RHOUDA Abderrahmane
Lissasfa Extension N° 275
Téléphone : 0522 86 22 03 48

D'RABANI Abdeltif
Polyclinique CNSS
Derb Ghallef
INP: 091111307

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 05 22 86 42 05 - فاكس 05 22 86 42 05
Rue Adamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05



وصفة
ORDONNANCE

Le

19/10/2002

POLYCLINIQUE CNSS
DERB GHALLEF Casablanca
PRATICIENS SERVICES

Chenille Dr FIP

D'RABANI Abdeltif
Polyclinique CNSS
Derb Ghallef
INP: 06 11 7207
