

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.

M22- 0042621

145729

Optique Autres

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11437 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : GUESSOUS Abdelkrim

Date de naissance : 02/04/1978

Adresse : 649 Rue Curie El Jadida

Tél. : 0661752615 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. YAQOUBI Youssef
Médecin Urgentiste
INPE : 09183269

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/01/2023 Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Stom Abdomen Allal Ben 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 : Casablanca Le : 19/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : Youssef

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
du 17/01/2023	en	120,00		Dr. YACOUBI Youssef Médecin Urgentiste INPE : 091183266

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ABLANCE	17/01/2023	éch 150 finale	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	
				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SERVICE DE RADIOLOGIE



Polyclinique
Derb-Ghallef

INPE 090001512
ICE 001757364000080

Le 17.01.2023

Mer GUESSOUS ABDELOUAHED

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

RESULTAT :

Foie homogène de volume normal de contours réguliers

I.R.M
(1.5 Tesla)

Vésicule biliaire alithiasique

Voie biliaire principale et tronc porte de calibre normal.

Scanner
(Corps Entier)

Les deux reins sont de taille normale siégent d'une bonne différenciation cortico sinusale

Radiologie
Numérique

La rate et le pancréas sont de morphologie normale.

Echo-Doppler
(Couleur)

Absence d'ascite ou d'adénopathie profonde.

Vessie de contours réguliers

CONCLUSION

Echographie abdominale ne révélant pas d'anomalie.



N° IPP :	1354427	N° SEJOUR :	230005632	FACTURE N° 2303002046				DATE D'ENTREE :	17/01/2023	DATE DE SORTIE :	17/01/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	GUESSOUS,Abdelouahed				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		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / 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 :	DEUX CENTS DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:		
		REMISE :	0.00	REGLE :	200.00				AVOIR :		
		RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE :	17/01/2023	EDITEE LE :	17/01/2023	PAR:	BAKHIRI	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				

DERB GHALLEF
Caisse Nationale
d'Assurance Maladie
et Accidents du Travail

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

Guzzous M. Metkhal

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Dle

hypotension

SAUD ADDAKKAN
HASSABEKA
rigidité

Examen demandé

Pho aihel

Dr. YAQOUBI Youssef
Médecin Urgentiste
INPE 091183264

Cachet du médecin



N° IPP : 1354427	N° SEJOUR : 230005641	FACTURE N° 2305001886				DATE D'ENTREE : 17/01/2023		DATE DE SORTIE : 17/01/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		GUESSOUS,Abdelouahed		
MALADE : GUESSOUS,Abdelouahed		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.	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE)		TOTaux :		120.00						120.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
CENT VINGT DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	120.00		AVOIR :		
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 17/01/2023		EDITEE LE : 17/01/2023		PAR: BAKHRI		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			



BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code



1. M DU MALADE

I° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Examen demande

THE UNIQUE ADDITION
TO THE
MILLE CASABLANCA
CLASS
URGENCES

Dr YAOUBI YOUSSEF
Cachet du médecin
Médecin Urgentiste
INPE : 091183201



N° IPP : 1354427 N° SEJOUR : 230005631

FACTURE N° 2303002045

DATE D'ENTREE : 17/01/2023 DATE DE SORTIE : 17/01/2023

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : GUESSOUS,Abdelouahed

GUESSOUS,Abdelouahed

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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
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 :

150.00

AVOIR :

RESTE DU:

0.00

DATE FACTURE : 17/01/2023

EDITEE LE : 17/01/2023

PAR: BAKHRI

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

N° DE POLICE :

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