

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 : 1049

Société : R A M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Venne Benouhoud

Date de naissance : 1943

Adresse : Derb Taghi Rue 3 N° 29

Tél. : 06 38 90 18 18

Total des frais engagés : 1000 DH + 1000 DH + 114 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/07/2018

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté :

Même-méme

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Truimis

Sante Ame et corps

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : _____

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : R

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 : 29/07/2018

Le : 31/07/2018

Signature de l'adhérent(e) : Venne Benouhoud



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
10/10/2023	C	120		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUSET 9, RUE TAIFI AL CASABLANCA 05 22 22 18 45	29/07/2023	INPE 14,- 092063189

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/5/2013	100%	1000

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفه ORDONNANCE

le 29/07/2001



Mme AFRANI FATIMA Ep Benouhou d

PHARMACIE MOUTRANE
189, RUE TAfilalet
CASABLANCA
TEL: 05 22 22 18 45

Mr Doliprane 1000mg
Acp x3/ 3

POLYCLINIQUE ADDAMAN ZIRAOUI



صحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

**BILLET D'EXAMEN
DE RADIOLOGIE**

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE AFRANI FATIMA

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

29/07/2023

Renseignements clinique

Fracture
Sur Akm
Chirurgie

Examén demande

TDH
Cervicale

Le médecin traitant

Z =	PC =	K =	URGENT	RAPIDE	NON URGENT
-----	------	-----	--------	--------	------------

Biffer les mentions inutiles

Total clichés

Total posés =



N° IPP : 775581 N° SEJOUR : 230029910

FACTURE N° 2305009356

DATE D'ENTREE : 29/07/2023 DATE DE SORTIE : 29/07/2023

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : AFRANI, Fatima

AFRANI, Fatima

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

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 COTES EN C CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : M0200038 DR ELASRI TRAIKI MEHDI TOTAUX : 120.00 120.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DHS

PLAFOND PC :

REMISE : 0.00 REGLE : 120.00 ACOMPTE :

RESTE DU: 0.00 AVOIR :

DATE FACTURE : 29/07/2023

EDITEE LE : 29/07/2023 PAR: R8174

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI

BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA

N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54

Caisse des Urgences
Polyclinique CNSS Ziraoui

COMPTE RENDU

Casablanca Le : 29/07/2023

Nom du patient : Mme AFRANI FATIMA

Médecin traitant : Dr

TDM CEREBRALE

TECHNIQUE

Examen réalisé sans injection du produit de contraste en coupes axiales en mode hélicoïdal.

RESULTAT

Structures médianes en place.

Absence d'anomalies de densité à l'étage sus ou sous tentoriel.

Système ventriculaire de morphologie non dilaté.

Les sillons corticaux ne sont pas élargis.

Fosse cérébrale postérieure est de morphologie normale.

CONCLUSION

TDM cérébrale est sans particularité.



مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

ZIRAOUI



N° IPP :	775580	N° SEJOUR :	230029909	FACTURE N° 2303009043				DATE D'ENTREE :	29/07/2023	DATE DE SORTIE :	29/07/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	AFRANI, Fatima Ep Benouhoud		UF: 5003 RADIOLOGIE				AFRANI, Fatima Ep Benouhoud				
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	TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00	

Intervenant :	51213 DR BENBRAHIM ABDELILAH RADIOLOGUE	TOTAUX :	1000.00							1000.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :						ACOMPTE :		
MILLE			REMISE :	0.00	REGLE :	1000.00			AVOIR :		
			RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE :	29/07/2023	EDITEE LE :	29/07/2023	PAR:	R8174	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :						
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI							
		BANQUE :		B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA							
		N° compte bancaire :		011 780 00 00 43 210 00 60050 54							