

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POI

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0038580

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3103 Société : RAM 172666

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMDOUN MHAMMED

Date de naissance : 4/4/1956

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0664684943 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/07/2023

Nom et prénom du malade : HAMDOUN MHAMMAD Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cephalées rebelles ap antst. L.R

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 : MAD SOUALLI

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 04/08/23

RELEVÉ 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
18/7/23		2	6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18/7/23	1000	1000

AUXILIAIRES MEDICAUX

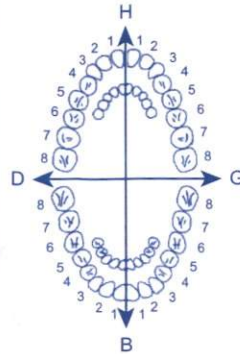
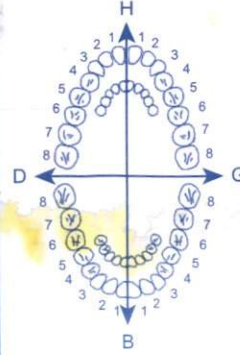
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F.	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le 18.07.2023:

Patient (e) : HAMDOUN M HAMMED

TDM CEREBRALE

TECHNIQUE

Examen réalisé en mode hélicoïdale sans injection du produit de contraste.

RESULTAT

Fosse cérébrale postérieure de morphologie normale.

Structures médianes en place.

Système ventriculaire de taille et de morphologie normale.

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

CONCLUSION

TDM cérébrale ne révélant pas d'anomalies.

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

DR MASTOUR MOHAMMED
Radiologue Polyclinique
CNSS Derb-Ghallef
Tél : 31036335

Had Soualem, le 18/07/20

M^r HAMDOUN MHAMMAD

TDR Eucmale

Dr. ALAOUI. I

Chirurgie Générale
Traumatologie
Coeliochirurgie
الجراحة العامة
جراحة العظام
الجراحة بالمنظار

Dr. BELKHAYAT. K

Gynécologie
Accouchement
طب النساء
التوليد

Dr. JEBBARI. A

Chirurgie Générale
Chirurgie Viscérale
Chirurgie Endoscopique
الجراحة العامة
جراحة البطن
الجراحة بالمنظار

Dr. Mehdi. A

POLYCLINIQUE CHIRURGICALE
CAISSE DES URGENCES

Clinique FARAH SOUALEM
ABJ Sahel
Ville Nouvelle Had Soualem
Tél: 0522 96 27 98

Dr ALAOUI My Ismail
Chirurgien
Chirurgie Viscérale Gynécologique
et Traumatologie
CLINIQUE FARAH SOUALEM
INP: 091007187

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 : 1399339		N° SEJOUR : 230069665		FACTURE N° 2303026622		DATE D'ENTREE : 18/07/2023		DATE DE SORTIE : 18/07/2023					
ASSURE :				DESTINATAIRE : HAMDOUN,Mhammed									
MALADE : HAMDOUN,Mhammed													
NOM JEUNE FILLE :													
TIERS PAYANT 1 :													
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :									
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :									
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh			
ACTES DE RADIOLOGIE						MONTANT		MONTANT		MONTANT			
TDM		TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00 1000.00			
Intervenant : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED				TOTAUX :		1000.00				1000.00			
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE				PLAFOND PC :				ACOMPTE :					
				REMISE :		0.00		REGLE :		1000.00		AVOIR :	
				RESTE DU :		0.00							
DATE FACTURE : 18/07/2023				EDITEE LE : 18/07/2023		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