

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

Code réservé à l'adhérent (e) : CHIHEB ABDELLAH 13719 RAM

Matricule : CHIHEB ABDELLAH Société : 13719 RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHIHEB Abdelkader 174493

Date de naissance : 10/03/1959

Adresse : HAY TNA DA RUE 26 N° 1

Tél. : 0666796970 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D'RABANI Abdellatif
Polyclinique CNSS
Derb Ghallef
INP: 091117507

Date de consultation : 29/7/23

Nom et prénom du malade : CHIHEB Rachid Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Céphalées cécité

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 : 04/10/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/08/2018 | 9810898 | (Signature) | (Signature) | (Signature) |

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 |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| DR MASTOUR MOHAMED Radiologue Polyclinique CHSS Derb Challef INPE : 91036335 | 17/07/2013 | TOP 1000 | 1000 |

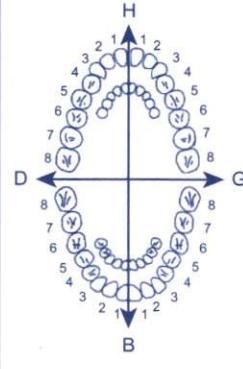
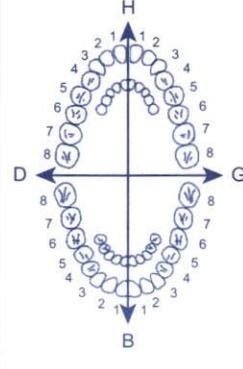
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | D 00000000 35533411 | B 00000000 11433553 |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : CHIHEB RACHIDA

Patient (e) : 27/07/2023

TDM CEREBRALE

TECHNIQUE

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

RESULTAT

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

Système ventriculaire de morphologie normale.

Les sillons corticaux ne sont pas dilatés.

Fosse cérébrale postérieure est de morphologie normale.

CONCLUSION

TDM cérébrale est sans particularité.

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

DR MASTOUR MOHAMED
Radiologue Polyclinique
CNSS Derb Ghallef
INPE 090001512
DR MESTOUR

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE CHIHEB RACHID

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

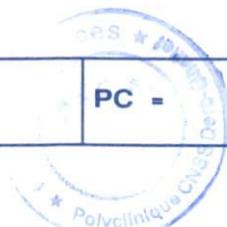
ANT. Dent + HTS

Capillaires Internes accompagnés
de nécroses

Z =

PC =

K =



Examen demandé

TDG Cerebral

Le médecin traitant

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

Biffer les mentions intuiles

Total clichés =

Total posés =

Dr. ZEUESSI Abderrahmane
Service des Urgences
Polyclinique CNSS
Derb Ghallef
11/11/2017

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 : | 1401890 | N° SEJOUR : | 230073072 | FACTURE N° 2305021070 | | | | DATE D'ENTREE : 27/07/2023 DATE DE SORTIE : 27/07/2023 | | | |
|--------------------------|---------------|-----------------------|------------------|----------------------------------|----------------|---------|----------------|--|----------------|---------|--|
| ASSURE : | | | | | | | | DESTINATAIRE : | | | |
| MALADE : CHIHEB,Rachida | | | | UF: 5002 URGENCES | | | | CHIHEB,Rachida | | | |
| 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 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|-------------|---|--|--|--|-----------|--|----------|-------|
| Intervenant : 06112011 DR RABANI ABDELTIF (GENERALISTE) | TOTAUX : | 80.00 | | | | | | | | 80.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | PLAFOND PC : | | | | | | | | ACOMPTE: | |
| QUATRE-VINGT DHS | REMISE : | 0.00 | REGLE : | | | | | | AVOIR : | |
| | RESTE DU: | 80.00 | | | | | | | | |
| DATE FACTURE : 27/07/2023 | EDITEE LE : 27/07/2023 | PAR: MOURAD | 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

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 : | 1401890 | N° SEJOUR : | 230073038 | FACTURE N° 2303028069 | | | | DATE D'ENTREE : | 27/07/2023 | DATE DE SORTIE : | 27/07/2023 |
|-------------------------|---------------|-----------------------|------------------|----------------------------------|----------------|---------|----------------|-----------------|----------------|------------------|------------|
| ASSURE : | | | | | | | | | | | |
| MALADE : CHIHEB,Rachida | | | | UF: 5003 RADIOLOGIE | | | | CHIHEB,Rachida | | | |
| 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 | TDM | 1.00 | 1000.00 | 1000.00 | | | | | 0.00 | 1000.00 | |

| | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|--------------------|---|---|--|--|------------------|---------|
| <i>Intervenant :</i> 08102007 DR MESTOUR MOHAMED | <i>TOTAUX :</i> | 1000.00 | | | | | | 1000.00 |
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> MILLE | <i>PLAFOND PC :</i> | | | | | | <i>ACOMPTE:</i> | |
| | <i>REMISE :</i> | 0.00 | <i>REGLE :</i> | | | | <i>AVOIR :</i> | |
| | <i>RESTE DU:</i> | 1000.00 | | | | | | |
| <i>DATE FACTURE :</i> 27/07/2023 | <i>EDITEE LE :</i> 27/07/2023 | <i>PAR:</i> MOURAD | <u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u> | | | | | |
| <i>VISA</i> | | | <i>N° DE POLICE :</i> | | | | <i>DATE AT :</i> | |
| | | | | | | | | |
| | | | <i>Règlement à effectuer à l'ordre de :</i> | POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef | | | | |
| | | | <i>BANQUE :</i> | BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA | | | | |
| | | | <i>N° compte bancaire :</i> | 011 780 0000 70 210 00 60 028 31 | | | | |

