

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.

N° W19-473742

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société :

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

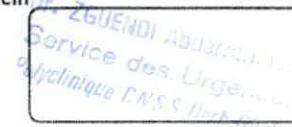
Adresse :

Tél.

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

15/12/2019

Nom et prénom du malade :

Ben Souda

Age :

KPS

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

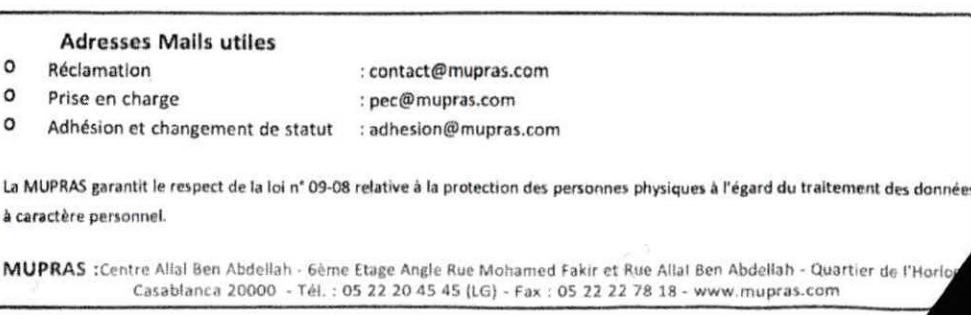
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/12/2019



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
15/11/19.01			100.00	INP : 099A14111502 SOCIÉTÉ NATIONALE DE SANTE ET DE SOINS du CHAMPS DES VIGNES Signature : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15.11.2019	264,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/11/99	215	150,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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	INP : <input type="text"/>												
				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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة ORDONNANCE

Le 15/11/13

7- BENSONA KARIS

12.00 - Pranidhi 
 - 3 gpr. h 75ml 

148.90 - Augmentin 
 - 1 sachet 211,- 

15.80 - Dihydro-PCP 

38.80 145.- / 1139,-
 - Mycif S. 
 - 250 mg 

964.80

LOT N°: 42,00
UT. AV.:
PPV:

PPV: 168.20 DH
LOT: 67952
PER: 02/21

PPV: 150 DH
PER: 01/22
LOT: 11961
S1

PPV (DH): 38,80
LOT N°:
UT. AV.:
Dr. Zouhair
Service des Urgences
Znقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 20 05 22 86 30 إلى 27 - فاكس: 05 22 86 42 05
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

POLYCLINIQUE C.N.S.S - 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 :	1120863	N° SEJOUR :	190085450	FACTURE N° 1905060205			DATE D'ENTREE : 15/12/2019		DATE DE SORTIE : 15/12/2019				
ASSURE :							DESTINATAIRE :						
MALADE : BENSOUDA,Karim				UF: 5002 URGENCES			BENSOUDA,Karim						
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:		LETTER CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
NATURE DE PRESTATION								% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.		CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (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 : 15/12/2019 EDITEE LE : 15/12/2019 PAR: LAHLOU				ACCIDENT DE TRAVAIL :								
VISA				N° DE POLICE :				DATE AT :				
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef								
				BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA								
				N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31								





INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 15/12/2019

Patient (e) : BENSOUDA KARIM

RX. POUMONS FACE

Absence de foyer parenchymateux.

Silhouette cardio médiastinale normale.

CDS pleuraux libres.

RADIOLOGIE

DR SATOR

15/12/2019

90

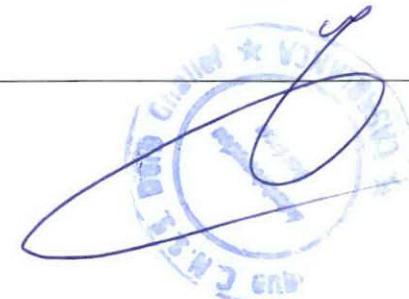
Dr. SATOR
Médecin Radiologue

DR SATOR

POLYCLINIQUE C.N.S.S -Derb Ghallef
 Région 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 :	1120859	N° SEJOUR :	190085446	FACTURE N° 1905060201				DATE D'ENTREE :	15/12/2019	DATE DE SORTIE :	15/12/2019
ASSURE :								DESTINATAIRE :	BENSOUDA,Karim		
MALADE :	BENSOUDA,Karim				UF:	5002 URGENCES					
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	16.00	10.00	160.00					0.00	160.00	
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE											

Intervenant :	186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .	TOTAUX :	160.00							160.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
CENT SOIXANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	160.00		AVOIR :		
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE :	15/12/2019	EDITEE LE :	15/12/2019	PAR:	LAHLOU	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA					N° DE POLICE :	DATE AT :					
Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31											



ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
DERS CHAILER

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

N° 010966

Nom du Service Médical
demandeur code

15/12/119

NOM DU MALADE BEN SOUDA KARIM

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignement Clinique

Examen demandé

RX Poumon

Le Médecin Traitant

Dr. ZGUENDI Abderrahmane
Service des Urgences
Polyclinique RCH Marrakech

PC	K	URGENT	RAPIDE	NON
----	---	--------	--------	-----