

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W19-561594

39763

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 105862 Société :

Actif       Pensionné(e)       Autre : El Aïcha ni Med.

Nom & Prénom : El Aïcha ni Med.  
Date de naissance : 17/02/76

Adresse : 092812163

Télé. : 092812163 Total des frais engagés : 529 Dhs

Cadre réservé au Médecin  
Dr KAAAB ABDELHADI  
Médecin Organiste Polyvalent  
CHSS Derb Ghalef  
INPP : #1001000

Cachet du médecin : Med 862

Date de consultation : Med 862 Nom et prénom du malade : El Aïcha ni Med. Charge :

Lien de parenté :  Fils-mère       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Rynction sur oculaire

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 : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : 

  
14 SEP. 2020

### 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
le 14/08/20	cn	Abdo	INP : KAAZAB DELLA Médecin Urgentiste Polyvalent CNSS Dab Ghalef NPE : 1094228	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMA MUSTAFA	14/08/20	259,50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

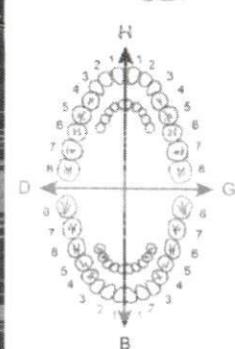
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/08/20	75	150,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

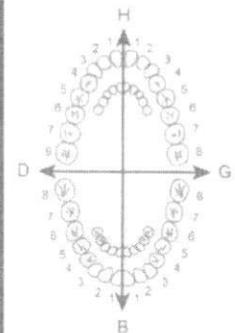
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Le 17/08/2006

MELATRORI J

34- 11 ادوية ملائمة

دواء لمن

46974 Activité

Jour

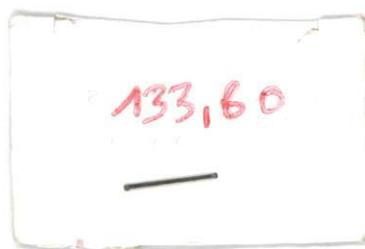
utin

Dr DOCTEUR TOUHAMI MUSSEKA  
Tél: 0522 86 30 27

Dr HAMID ABDELHADI  
Médecin Urgentiste Polyclinique  
Driss Derb Ghalef  
TÉL: 0522 86 42 05

Dr HAMID ABDELHADI

زنقة الصمعن - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 0522 86 30 20 - فاكس: 0522 86 42 05  
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 0522 86 42 05





# وصفة ORDONNANCE

Le 14/08/2006

Dr. ABDELHADI Gnaief

Dr. ABDELHADI Gnaief

Dr. KAAB ABDELHADI  
Médecin Urgence  
Site Polyclinique  
CNSS Darb Ghalef  
INPE, Casablanca



INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghallef

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 14/08/2020

Patient (e) : EL AIBOUDI MOHAMED

### RADIOGRAPHIE ASP DEBOUT

- Aérocolie diffuse
- Pas de NHA décelable
- Pas d'opacité suspecte

I.R.M  
(1.5 Tesla)

DR JELLOULI

Dr JELLOULI Omar  
Médecin Radiologue  
INPE : 101183531

Scanner  
(Corps Entier)

Radiologie  
Numérique

Echo-Doppler  
(Couleur)

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

14/08/2020

14/08/2020

N° IPP : 1159594	N° SEJOUR : 200048078	FACTURE N° 2005029029				DATE D'ENTREE : 15/08/2020	DATE DE SORTIE : 15/08/2020			
ASSURE :						DESTINATAIRE :	EL AIBOUDI, Mohamed			
MALADE : EL AIBOUDI, Mohamed				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 : 261207 DR KAAB ABDELHADI (GENERALISTE)	TOTAUX : 120.00								120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
	REMISE : 0.00	REGLE :						AVOIR:	
	RESTE DU: 120.00								
DATE FACTURE : 15/08/2020	EDITEE LE : 15/08/2020	PAR: BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL.						
VISA			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						

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 :	1159594	N° SEJOUR :	200048074	FACTURE N° 2005029025			DATE D'ENTREE :		14/08/2020	DATE DE SORTIE :		14/08/2020	
ASSURE :							DESTINATAIRE :						
MALADE :	EL AIBOUDI,Mohamed			UF: 5002 URGENCES			EL AIBOUDI,Mohamed						
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	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 :			AVOIR:		
				RESTE DU:	150.00						
DATE FACTURE : 14/08/2020 EDITEE LE : 15/08/2020 PAR: BAKHRI				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			