

# 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.

Nº W19-528739

ND: 43128

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11409

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAICE ITHHAM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664 3044 17

Total des frais engagés :

476.81A

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

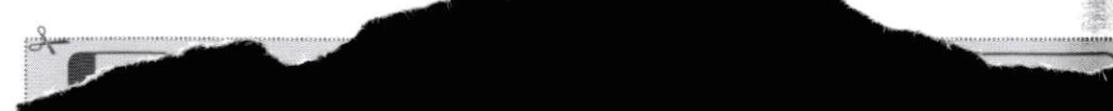
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :



### 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
11/10/1992	611	10	176,20	INP : 21433552 CACHET DU MEDICIN

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA MARE	01/10/1992	176,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE	10/10/1992		0

### AUXILIAIRES MEDICAUX

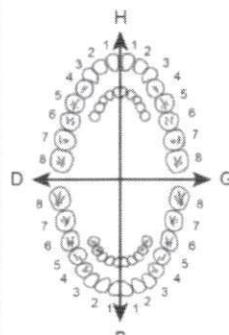
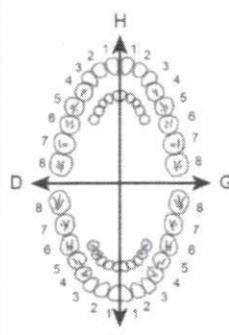
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC TM IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				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"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				
H	25533412   21433552			
D	00000000   00000000			
B	00000000   11433553			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Le 01/05/2020

Mr. Idriss Tchalle

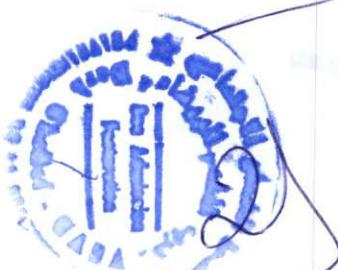
47,20 DH

Tunisie

3500

LOT : 1165  
UT. AV : 05-25  
P.P.V : 47 DH 20

Al Seba



129,00

KALMAGAS

KALMAGAS Cpr Bte 60  
PPC : 129,00 DH

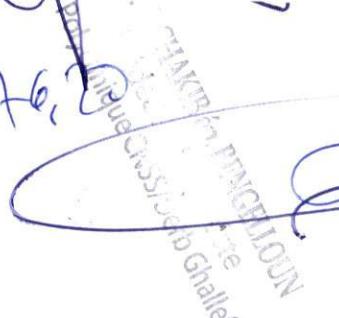
Ut av : Mars/ 2025 Lot : 200126

THERAPHARM

SUP 2L

Idriss  
Tchalle

176,00



PHARMACIE MERLE  
Dar El Khayam IBA  
Docteur en Pharmacie  
311, Bd Abdelloun Casablanca  
Tél.: 05 22 86 05 70

AUJOURD'HUI MAROC  
CLINIQUE DE LA  
SÉCURITÉ SOCIALE  
DERB GHALLIF

## Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

Nom du Service Médical demandeur code

No. 010966

DM DU MALADE

V° C.N.S.S. ou Mutuelle

### Renseignement Clinique

## Examen der niedrige

Renseignement Clinique	Examen demandé
<p>Douleur Abdominal douloureux et dans la partie Gauche</p> 	<p>Examen Gastro- entéroscopique</p>

## La Medicina Tradicional

٧

196

10

## 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 : 1169342	N° SEJOUR : 200061509	<b>FACTURE N° 2005037294</b>				DATE D'ENTREE : 01/10/2020		DATE DE SORTIE : 01/10/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		TALIQ,Hicham		
MALADE : TALIQ,Hicham		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
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE	ECHOGRAF	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 18102013 DR BENBRAHIM ABDELILAH (RADIOLOGUE)	TOTAUX : 200.00								200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
DEUX CENTS DHS	REMISE : 0.00	REGLE :						AVOIR :	
	RESTE DU: 200.00								
DATE FACTURE : 01/10/2020	EDITEE LE : 01/10/2020	PAR: MOURAD	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 : 01/10/2020

Patient (e) : TALIQ HICHAM

### ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

ATCD de cholécystectomie. Absence de dilatation des VBIH et de la VBP.

Foie homogène de volume normal de contours réguliers.

Le tronc porte est de calibre normal.

Les deux reins, la rate et le pancréas sont normaux.

Absence d'ascite ou d'adénopathie profonde.

Météorisme digestif diffus.

### CONCLUSION :

- Météorisme abdominal diffus.
- Le reste de l'exploration abdominale est sans particularités

Dr A.BENBRAHIM

Dr Abdellah BENBRAHIM  
Médecin Radiologue  
Polyclinique CNSS DERB GHALLEF  
INPE 21076/08

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 : 1169342	N° SEJOUR : 200061525	<b>FACTURE N° 2005037308</b>				DATE D'ENTREE : 01/10/2020		DATE DE SORTIE : 01/10/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		TALIQ,Hicham		
MALADE : TALIQ,Hicham		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.	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
CONSULTATION DE GENERALISTE										
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER										
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				10.29					0.00	10.29
FOURNITURES MEDICALES				1.92					0.00	1.92

Intervenant : 8072010 DR CHAKIB SAADIA	TOTAUX : 99.71							99.71
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE:
QUATRE-VINGT DIX-NEUF DHS ET SOIXANTE ONZE CENTIMES	REMISE : 0.00	RECLE :						AVOIR :
	RESTE DU: 99.71							
DATE FACTURE : 01/10/2020	EDITEE LE : 01/10/2020	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								