

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.

adiologie 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.

ptique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

- 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.

entaire :

- 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

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| Reclamation | : contact@mupras.com |
| Prise en charge | : pec@mupras.com |
| Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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

16560

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9703

Société : R4M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAROUI FAITHA

Date de naissance :

30/6/66

Adresse :

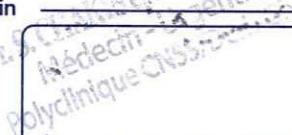
Rue 2 N°. 72 Soubhan Antelouas I

Tél. : 05 22 46 41 22

Total des frais engagés : 556,10 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25/01/2021

Nom et prénom du malade :

MAROUI FAITHA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Le : 29/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Type de patient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/10/2015	Acte 1	1 patient	120,-	DR M. J. G. - Médecin - 1er octobre 2015

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'KEITA 723 BD MOULAY HAFID CASABLANCA	05/01/2020	276,10 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05 02 2020	7 Ab	160,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

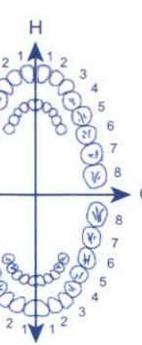
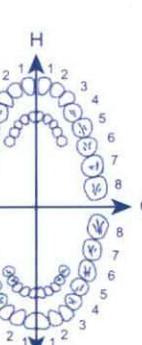
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELÈVE 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'

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	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

05/11/2023
Le

Mme Hazroussi Latifa

AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets



PPV: 16/03/2024
LOT: 6118000160182
PER:



05 22 86 42 05 إلى 27 - فاكس : 05 22

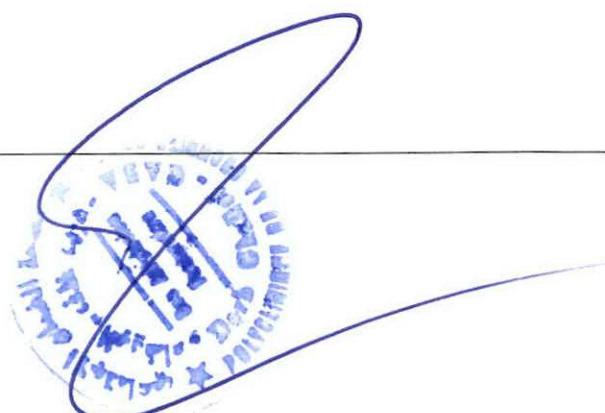
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca

246.10

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 :	1124879	N° SEJOUR :	200001082	FACTURE N° 2005000902				DATE D'ENTREE :	05/01/2020	DATE DE SORTIE :	05/01/2020
ASSURE :											
MALADE : MAZROUI,Fatiha				UF: 5002 URGENCES				MAZROUI,Fatiha			
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 : 8072010 DR CHAKIB SAADIA	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 : 05/01/2020	EDITEE LE : 05/01/2020	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					



N° IPP :	1124879	N° SEJOUR :	200001075	FACTURE N° 2005000895			DATE D'ENTREE : 05/01/2020		DATE DE SORTIE : 05/01/2020	
ASSURE :			DESTINATAIRE :							
MALADE :	MAZROUI,Fatiha		UF: 5002 URGENCES			MAZROUI,Fatiha				
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										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	16.00	10.00	160.00					0.00	160.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .	TOTAUX :	160.00							160.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT SOIXANTE DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:		
		REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :		
		RESTE DU:	160.00							
DATE FACTURE : 05/01/2020	EDITEE LE : 05/01/2020	PAR: BAKHRI	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL</u>							
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 CHALLIF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

Num du Service Médical
Demandeur code

N° 010966

NOM DU MALADE

N° C.N.S. ou Mutuelle

M. Hazzouli
Fatiha

Renseignement Clinique

EXAMEN D'IMAGERIE

Digulmaw



25/1/2020

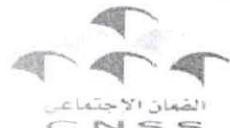
PC #

K #

URGENT

PARIS

NOV 10



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 05/01/2020

Patient (e) : MAZRAOUI FATIHA

RX. POUMONS FACE.

Transparence parenchymateuse normale.

Absence de foyer parenchymateux de type évolutif notable.

Silhouette cardio médiastinale normale.

Culs de sac pleuraux libres.

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

CONCLUSION

Radiographie pulmonaire ne révélant pas d'anomalies.

Dr A. BENBRAHIM
Polyclinique CNSS DERB GHALLEF
Méliah BENBRAHIM