

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19-0048000

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9703 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAZROUJ FATIHA
Date de naissance : 30/06/66
Adresse : Rue 2 N° 72 quartier Antebass I
Tél. : 0522464122 Total des frais engagés : 556,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25.01.2020
Nom et prénom du malade : Yagouy Fatima Age :
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 : Casablanca Le : 25/01/2020
Signature de l'adhérent(e) : *Mazrouj Fatima*



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/01/2020 | Consultation | 1 | 120,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 05/01/2020 | 276,10 MDA |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| | 05/01/2020 | 276,10 MDA | 160,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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 canaux, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | 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'EXECUTION



وصفة
ORDONNANCE



05/11/2022
Le

Mr Hassanine Fatima

1) Augmentin

2) Gant

3) Bromelid

4) Jektel

5) Doliprane

6) Effipred

7) Effipred

8) Effipred

AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets



6 118000 160182

PPV: 16000 DH
LOT: 6
PER:

Enfant:
SPIC-PHAP
Route Régionale Casablanca-Mohammedia
322 Km 12 200 - Ain Harrouda 20830
Maroc
LOT: 194020 EXP: 03/24
PPV: 390020

COLIBER 420 mg
11ération
00120361

EFFIPRED 20 mg
PPV 580040
EXP 07/2022
LOT 86017

EFFIPRED 20 mg
20 Comprimés
effervescents
6 118000 0313

Doliprane 500 mg
PARACETAMOL
20 COMPRIMÉS SECABLES
6 118000 040347

PPV 100000
PER 09/22
LOT 11044

05 22 86 42 05 - فاكس : 05 22 إلى 27

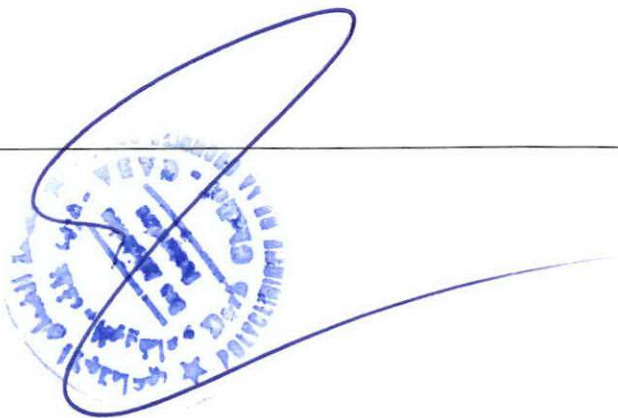
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casa

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 : | | | | 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 % / Dh MONTANT | | TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT | | PART DU MALADE % / Dh MONTANT | |
| CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F | CN | 1.00 | 120.00 | 120.00 | | | | | 0.00 | 120.00 |

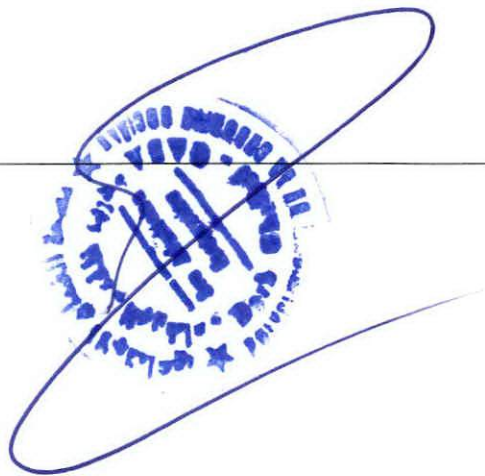
| | | | | | | | | |
|---|------------------------|-------------|--------------------------------------|--|---|--|----------|--------|
| Intervenant : 8072010 DR CHAKIB SAADIA | TOTAUX : | 120.00 | | | | | | 120.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS | PLAFOND PC : | | | | | | 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 | | | |



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 : 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 % / Dh MONTANT | | TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT | | PART DU MALADE % / 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 : | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE: | |
| CENT SOIXANTE DHS | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | | | AVOIR : | |
| | | RESTE DU: | 160.00 | | | | | |
| DATE FACTURE : 05/01/2020 | EDITEE LE : 05/01/2020 | PAR: BAKHRI | ACCIDENT DE TRAVAIL | | | | | |
| VISA | N° DE POLICE : | | DATE AT : | | | | | |
| Réglement 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 CHALLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

Nom du Service Médical
demandeur sds

N° 010966

NOM DU MALADE

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

M. Hazzoui
Fatima

Renseignements Cliniques

Examen demandé

D. Guliyev



Le Médecin Traitant

25/1/2020

PC =

K =

URGENT

TABLE

NOTICE



INPE 090001512
ICE 001757364000080

**Polyclinique
Derb-Ghalef**

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

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.

CONCLUSION

Radiographie pulmonaire ne révélant pas d'anomalies.

Dr A. BENBRAHIM
Polyclinique CNSS Derb Ghalef
INPE 2157364000080