

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 :

- Médecins du médecin prescripteur et le facture de l'antécédent 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.



Declaration de Maladie

Nº W19-476402

$$P^{\circ} = 21.923$$

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 12667	Société : Vive	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : SEDDIKI FATIMA		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. :	Total des frais engagés :	
Cadre réservé au Médecin Cachet du médecin : 		
Dr. EDDAHBI Othman Médecin		
Date de consultation : 16/01/2020		
Nom et prénom du malade : DAROUANE Amin		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint		
Nature de la maladie : Scalpalgie dure		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicconfidentiel à l'agent du médecin conseil de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles. .

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date's des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16-01 210	C		150,92	INP : 091014118 Dr. EDDABI Othmane Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Signature</i>	16/11/20	270,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

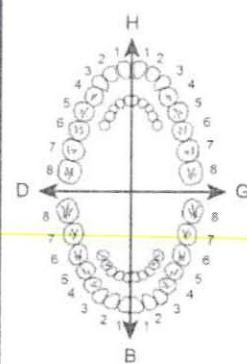
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Signature</i>	16-01 2020	216	170,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

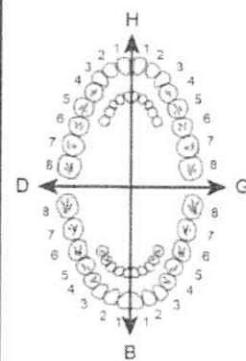
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	25633412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



وصفة
ORDONNANCE

Le 16-01-2020

DAKOUANE FAÏD

99,00

0 OEDES

20mg

1 g

x

15 ml

32,00

0 Duxol

8

2

-

2

-

2

134,50

0 Arcoxit

120 mg

3

لليلي

05050

18

mc 1

لليلي

Dr. EDDAABI Othmane
Médecin
ZENQUE DE BENNIS EL MANSOUR
Télé: 062 20 30 05 - Casablanca
Derb Ghallef - Rue Addamane - 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

DUOKOL 500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés
نبيلة من 20 قرصاً

LOT 181033
EXP 02/2021
PPV 99.00DH

37,00

041719 06/24
PPV 37DH00

ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
DERB GHALLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

Nom du Service Médical
Demandeur code

N° 010966

NOM DU MALADE DAKOUANE

FATHI

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignement Clinique

Examen demandé

Rx EPAT DMTC FCG

DR. EDDAHA
Elhmane
Medecin

Le Médecin Traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

N° IPP :	1127614	N° SEJOUR :	200004629	FACTURE N° 2005003300			DATE D'ENTREE :	16/01/2020	DATE DE SORTIE :	16/01/2020
ASSURE :							DESTINATAIRE :	DAKOUANE,Latifa		
MALADE :	DAKOUANE,Latifa			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.										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					14.00				0.00	14.00
FOURNITURES MEDICALES					1.92				0.00	1.92

Intervenant :	2062011 DR EDDAHBI OTHMANE (GENERALISTE)	TOTAUX :	150.92						150.92
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS ET QUATRE-VINGT DOUZE CENTIMES				REMISE :	0.00	REGLE:		AVOIR :	
				RESTE DU:	150.92	<i>Reçus</i>			
DATE FACTURE :	16/01/2020	EDITEE LE :	16/01/2020	PAR:	KARIM	<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		

N° IPP :	1127604	N° SEJOUR :	200004614	FACTURE N° 2005003285				DATE D'ENTREE :	16/01/2020	DATE DE SORTIE :	16/01/2020	
ASSURE :								DESTINATAIRE :	DAKOUANE,Fatima			
MALADE :	DAKOUANE,Fatima				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	17.00	10.00	170.00					0.00	170.00	

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .				TOTAUX :	170.00						170.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
CENT SOIXANTE DIX DHS				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :		
				RESTE DU:	170.00						
DATE FACTURE : 16/01/2020 EDITEE LE : 16/01/2020 PAR: KARIM				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							

SERVICE DE RADIOLOGIE



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

Casablanca le : 16/01/2020

Patient (e) : DAKOUNE FATIMA

RADIOGRAPHIE DE L'EPAULE DROITE.

Absence de calcification.

Minéralisation osseuse normale.

Articulation scapulo-humérale de morphologie normale

La hauteur sous acromio humérale est de morphologie normale.

Absence d'anomalies architecturales osseuse ou des parties molles.

CONCLUSION

Radiographie de l'épaule droite ne révélant pas d'anomalies.

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

Dr A. BENBRAHIM
Dr A. BENBRAHIM
Polyclinique Derb-Ghallef
INPE 090001512 16/01/2020