

## 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 où 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 :

- Déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Titles

: contact@mupras.com  
 : pec@mupras.com  
 : adhesion@mupras.com

Ve à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

N° W21-600986

64316 CA

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4976

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAFID

Abdelhak

Date de naissance :

11-06

1964

Adresse :

Tél. : 0664 162459

Total des frais engagés :

4471000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

RAYANE

Age: 16 ans

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 nécessaires à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur ce présent document. Je déclare

Avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASAB

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-600986

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4976  
 Nom de l'adhérent(e) : HAFID  
 Total des frais engagés : 447000 Dhs  
 Date de dépôt : 07-11-2020

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	<b>Coefficient des travaux</b> <b>Montant des soins</b> <b>Début d'exécution</b> <b>Fin d'exécution</b>												
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire															
		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	D	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	<b>H</b>  <b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		
D	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
<b>Vise et cachet du praticien</b> à faire par le dentiste		<b>Vise et cachet du praticien</b> artisanant l'exécution															
<b>VOLET ADHERENT</b> NOM : <b>HAFID</b>		<b>Mle</b> <b>4976</b>															
<b>DECLARATION N°</b> <b>W18-383147</b>																	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes															
	<b>120 + 127 + 200</b>																
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																	

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b> <b>Mle 4976</b>		Signature de l'adhérent
Nom & Prénom <b>HAFID</b> <b>Abdelhak</b> Fonction <b>Mec. avion</b> Phones <b>0664162459</b> Mail		Signature de l'adhérent
<b>MEDECIN</b> Prénom du patient <b>Rayane</b> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age Nature de la maladie		Date <b>07/11/2020</b> Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances  <b>Docteur HAFID</b> <b>POLYCLINIQUE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>		Signature et cachet du praticien
Nature des actes  <b>CR</b>		Signature et cachet du praticien
<b>PHARMACIE</b> Date <b>07/11/2020</b> Montant de la facture  <b>127,00</b>		Signature et cachet du pharmacien
<b>ANALYSES - RADIGRAPHIES</b> Date <b>07-11-2020</b> Désignation des Coefficients <b>EC1AO</b> Montant détaillé des Honoraires <b>200,00</b>		Signature et cachet du laboratoire
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires  <b>CACHET</b>		CACHET



CLINIQUE DE LA  
URITE SOCIALE  
VERB-CHALLEP

Nº 004954

## DUMALADE

N.S.S. ou Mutuelle

### Renseignement Clinique

**Examen demando**

Renseignement Clinique

Ellofather  
As You

  
Dr. Madhuchitrashankar

PC =	K =	URGENT	RAPIDE	NON
------	-----	--------	--------	-----

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 : 1176870 N° SEJOUR : 200071673

FACTURE N° 2005044843

DATE D'ENTREE : 07/11/2020

DATE DE SORTIE : 07/11/2020

ASSURE :

MALADE : HAFID, Rayan

NOM JEUNE FILLE

TIERS PAYANT 1

TIERS PAYANT 2

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

DESTINATAIRE

HAFID, Rayan

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

ECHOGRAPHIE

ECHOGR

1.00

200.00

200.00

0.00

200.00

Intervenant : 01072019 DR HASSEN SAMAH RADIOLOGUE

TOTAUX :

200.00

200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE :

REMISE : 0.00 REGLE :

AVOIR :

RESTE DU : 200.00

DATE FACTURE : 07/11/2020

EDITEE LE : 07/11/2020

PAR : SAAD

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

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 : 1176897	N° SEJOUR : 200071707	<b>FACTURE N° 2005044876</b>				DATE D'ENTREE : 07/11/2020		DATE DE SORTIE : 07/11/2020		
ASSURE :						UF: 5002 URGENCES		DESTINATAIRE :		
MALADE : HAFID, Rayane		N° IMMAT C.N.S.S :		HAFID, Rayane						
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :								
TIERS PAYANT 2 :										
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
CONSULTATION DE MEDECIN.	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 8072010 DR CHAKIB SAADIA		TOTALS :		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 : 07/11/2020		EDITEE LE : 07/11/2020 PAR: SAAD		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

Patient (e) : HAFID RAYANE

Casablanca le 07/11/2020



### ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

#### RESULTAT:

Foie homogène de taille normale de contours réguliers sans lésion focale décelable.  
VB libre, à paroi fine.  
VBIH et VBP non dilatées  
TP perméable de calibre normal  
Reins en place de taille normale de contours réguliers avec bonne différenciation cortico-sinusale sans dilatation des cavités excrétrices.  
Rate et tête du pancréas homogènes de volume normal.  
Absence de masse ou de collection abdominale.  
Vessie semi pleine à contenu transonore  
Absence d'ascite.

#### CONCLUSION :

Examen ne révélant pas d'anomalie.

I.R.M  
(1.5 Tesla)

Scanner  
(Corps Entier)

Radiologie  
Numérique

Echo-Doppler  
(Couleur)

Dr. HASSEN Samah  
RADIOLOGUE  
INPE:0911p6148

