

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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'égalité en matière de protection des données personnelles.



Déclaration de Maladie

N° W19-454200

74717

74727

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule

10639

Société

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom

ECMA DHOUS Mohamed

Date de naissance

07/06/1983

Adresse

Tél. : 06 68 60 35 88

Total des frais engagés : 3280,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Dr. RABANI Abdellatif
Polyclinique CNSS
El Ghalif - Casablanca

Date de consultation

29/04/2021

Nom et prénom du malade

EC NADIRUS MIRIANE

Age

Lien de parenté

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie

infectiel digestive

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 :

05/05/2021

Signature de l'adhérent(e)

Le : 29/04/2021

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
29/10/14	12h G	G	80.-00	INP : 1091111111111111 Dr. RABANI Abdellatif CNSS Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 + TYPE 0101055 CNSDAGI CHAILLET Société de Pathologie Clinique DR MASTOUR MOHAMED

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 : <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.P. PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \end{array}$ <p>B G</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le: 29/04/2021

Patient (e) : EL MADHOUS NISRINE

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Foie homogène de volume normal de contours réguliers.

Vésicule biliaire alithiasique à paroi fine.

Absence de dilatation des voies biliaires intra ou extra hépatiques.

Voie biliaire principale et tronc porte de calibre normal.

Les deux reins, pancréas et la rate sont normaux.

Absence d'épanchement ou d'adénopathie profonde.

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

CONCLUSION

Echographie abdominale sans particularité.

DR MESTOUR

DR MASTOUR MOHAMED
Radiologue Polyclinique
CNSS Derb Ghallef
INPE : 91036335

N° IPP : 1211919	N° SEJOUR : 210032389	FACTURE N° 2105019120				DATE D'ENTREE : 29/04/2021		DATE DE SORTIE : 29/04/2021		
ASSURÉ :						DESTINATAIRE :		EL MADHOUS,Nissrine		
MALADE : EL MADHOUS,Nissrine		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

Intervenant : 06112011 DR RABANI ABDELTIF (GENERALISTE)				TOTAUX : 80.00						80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
QUATRE-VINGT DHS				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR:	
				RESTE DU:	80.00					
DATE FACTURE : 29/04/2021		EDITEE LE : 29/04/2021		PAR: MOURAD	<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 DRRISS 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 : 1211884	N° SEJOUR : 210032344	FACTURE N° 2105019097				DATE D'ENTREE : 29/04/2021		DATE DE SORTIE : 29/04/2021		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		EL MADHOUS,Nisrine		
MALADE : EL MADHOUS,Nisrine		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	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED		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 : 29/04/2021		EDITEE LE : 29/04/2021		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					

