

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Biologie 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.

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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02647 Société : RAY 86454

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : RIAAD MAMATA

Date de naissance : 08/10/1957

Adresse : 30 Bd. Général El Oued, Casablanca

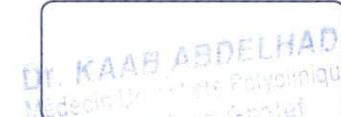
CPA : 10000

Téléphone : 0661189351

Total des frais engagés : 1759,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/08/2021

Nom et prénom du malade : MANSOURI MANSOURI

Age : 60

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : PCR

Enfant

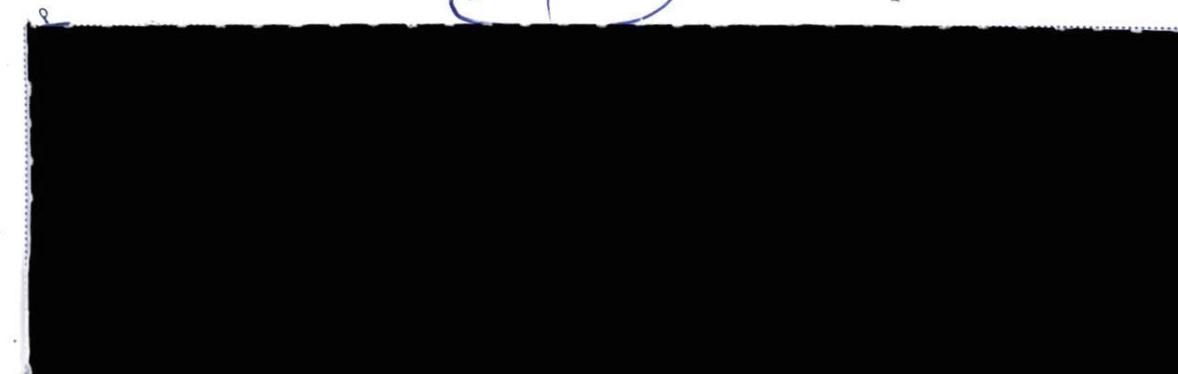
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
le 15/07/2012	100	100	100	AB RAPDELH

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
الطبابة	11/08/91	639

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	20/08/2023	Dr. M. J. J. MEDECIN Radiologue	MEDECIN 18790032

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صـفـة
ORDONNANCE

60,00

60,00

Le 11/11/87 N

Mr. IMPERIAUX FORM

60,00 x 9 T: 540,00

Y Moxal 800 mg 12/11/16

Y Levofloxacin 500 mg 11/11/16

D Mucolys zinc 10g 11/11/16

Y Ecenyl 100 mg 10/11/16

Y Biprofen Orthonix 100 mg 10/11/16

D Decomed forte 120 mg 10/11/16

05 22 86 42 05 - تاكس: 27 - إلى 05 22 86 30 20

Rue Addamane - Dab Ghalif - Casablanca - Tél

Sandoz-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P. 1,
in seur Casablanca
avant: 600mg, cp del b7
P.V.: 205,00 DH
Barcode: 118001 080830

118001 080830

15,80

A consommer de préférence avant fin:
PHARMEER
LOT: 10/10/96
UPC: 989489600496
PPV: 90,00 DH
NET WT: 500 mg
AFRIC-PHAR
PAR ACES STEELUM ZINC BYTE 20
Barcode: 989489600496
oids net: 500 mg
et weight: 90,00 DH

AFRIC-PHAR
LOT: 204813 EXP: 04/2023

PPV: 195DH20

Dr. KAAZABDELHADI
Médecin Universitaire
Médecin Universitaire
CNSS Dakhla Gnaouas
INPE: 41094228

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le ٢٤/١٢/٢٠١٣

Dr. M. Ghalef

PCR +
+ Dysthymia



Dr. M. Ghalef

Dr. M. Ghalef
Polyclinique
Derb Ghalef
Casablanca
Tél: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 0522 86 42 05

٢٤

Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

Casablanca le : 11/08/2021

Patient (e) : IMANSOURA SOUAD

Médecin prescripteur : DR KAAB

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE

Examen réalisé sans injection de produit de contraste.

RESULTAT

Foyers en verre dépoli avec condensation alvéolaire nodulaire des segments périphériques

Loges médiastinales libres.

Absence d'épanchement pleural.

CONCLUSION

Pneumopathie d'allure infectieuse : COVID évaluée à environ 25% du parenchyme pulmonaire

Dr CHERKAOUI AICHA

Dr CHERKAOUI AICHA
MEDECIN RADIOLOGUE
T.F. 18798652

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 : 1233237	N° SEJOUR : 210062576	FACTURE N° 2105039551				DATE D'ENTREE : 11/08/2021		DATE DE SORTIE : 11/08/2021						
ASSURE :						DESTINATAIRE :		IMANSOURA, Souad						
MALADE : IMANSOURA, Souad		UF: 5002 URGENCES				N° IMMAT C.N.S.S :								
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 : 261207 DR KAAB ABDELHADI (GENERALISTE)		TOTALS :		120.00								120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :										ACOMPTE :
CENT VINGT DHS		REMISE : 0.00		REGLE :								AVOIR :
DATE FACTURE : 11/08/2021		EDITEE LE : 11/08/2021		PAR: BAKHRI	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					

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 : 1233237	N° SEJOUR : 210062571	FACTURE N° 2105039546				DATE D'ENTREE : 11/08/2021		DATE DE SORTIE : 11/08/2021		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		IMANSOURA, Souad		
MALADE : IMANSOURA, Souad		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 TDM	TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00

Intervenant : 12092016 DR CHERKAOUI OMARI AICHA RADIOLOGUE	TOTAUX : 1000.00								1000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE :
MILLE	REMISE : 0.00	REGLE :							AVOIR :
	RESTE DU: 1000.00								
DATE FACTURE : 11/08/2021	EDITEE LE : 11/08/2021	PAR: BAKHRI	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>						DATE AT :
VISA			<u>N° DE POLICE :</u>						
			<u>Règlement à effectuer à l'ordre de :</u> POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef						
			<u>BANQUE :</u> BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
			<u>N° compte bancaire :</u> 011 780 0000 70 210 00 60 028 31						