

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 canalaire, 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 canalaire.

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: 91461

Société:

RAN (12523)

Actif Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom: BELEKADEM

R. 7.00

Date de naissance: 05 03 65

Adresse:

Tél.: 066.037.1092 Total des frais engagés: Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:



Date de consultation: 09/05/2022

Nom et prénom du malade: BELEKADEM KHAWLA Age:

Lien de parenté: Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie: Diabetisme de fond de

En cas d'accident préciser les causés 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: Le: / /

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
19/05/2022	Prise		180.00	Dr. RABAH BOUTEIB Polyclinique CNSS El-Halaf - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACHA CHAOUI AHMIDA Mohammed 497, Bd El Sida - Casablanca Tél. 05 22 28 08 21 E : 092018357 - ICE : 001448390000087	09/05/22	714,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09.07.2000	Examen abdominal	100,-

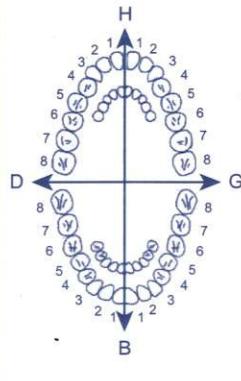
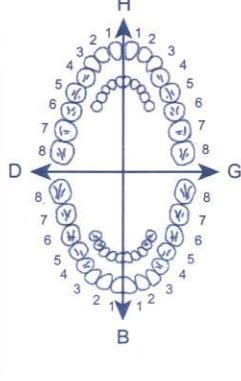
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 de l'ODF.

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

المملكة
du Maroc



وَصْفَةٌ

ORDONNANCE

\$

درب غلف

DERB GHALLEF

Le 09/05/2002

BELENKADE N
KHAWLA

Pied G F 1 874

Dr. R. P.
Dr. R. P.
Derb Ghallef - Casablanca
Belkacem Abdeltif
Clinique
Casablanca



درب غلف
DERB GHALLEF

وصفة ORDONNANCE

Le 09/05/2022

BELEN KADEM KHAWLA

10,20
x2

Dolostop 10 mg

1x 80



347,00 x 2

Xarelto 10 mg

1x 1x x 20

Xarelto® 10 mg / 10 cps

Rivaroxaban
P.P.V. : 347,00 DH
Bayer S.A.



T = ٢٠٢٢/٥/١٤
مدة الصيدلة ٣٢٠٢٢/٥/١٤
بيان الصيدلاني

PHARMACIE CHAOUI
AHMIDA Mohammed
497, Bd. El Fida - Casablanca
Tél: +212 22 28 08 21
INPE: 092018357 - ICE: 0014483900000087

Dr. RAFA
Polyclinique
North Chaoui
Casablanca
CNSS
Abdelmajid
Derb Ghallef

Xarelto® 10 mg / 10 cps
Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH
Bayer S.A.





N° IPP : 1292775	N° SEJOUR : 220039361	FACTURE N° 2205010884				DATE D'ENTREE : 09/05/2022				DATE DE SORTIE : 09/05/2022			
ASSURE :										DESTINATAIRE :			
MALADE : BELEMKADEM, Khawla		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			
AUTRES ACTES COTES EN K													
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	25.00	22.50	562.50						0.00	562.50		
FOURNITURES MEDICALES				145.20						0.00	145.20		

Intervenant : 06112011 DR RABANI ABDELTIF (GENERALISTE)		TOTAUX :	707.70								707.70
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :								ACOMPTE :	
SEPT CENT SEPT DHS ET SOIXANTE DIX CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE :						AVOIR :	
		RESTE DU:	707.70								
DATE FACTURE : 09/05/2022		EDITEE LE : 09/05/2022	PAR: MOURAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA				N° DE POLICE :							
				DATE AT :							
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef							
				BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA							
				N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31							



MAS

Note confidentielle

(A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom de l'assuré (e) :

Numéro d'immatriculation:

/ / / / / / / / / / / /

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que l'assuré(e)) : RELEN KADEN KHAWAL

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / / / /

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à barres* :

1091/101/205

Date de la consultation / / / / / / / / / / / /

Diagnostic et motif des soins :

Antécédents et facteurs de risque :

Examen clinique à l'admission :

Résultats des bilans para cliniques :

En majeure de peau G
Botté plâtréee K25

Libellé et nature des soins :

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
	/ / / / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / / / /

Fait à :

Le : 1091/101/1094

Signature et cachet du médecin traitant

*Accoller l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Établissements de soins, ainsi que le code à barres.

Adresse OG :

Fax :

Tél. :



N° IPP :	1292775	N° SEJOUR :	220039350	FACTURE N° 2203015508				DATE D'ENTREE : 09/05/2022		DATE DE SORTIE : 09/05/2022	
ASSURE :			UF: 5003 RADIOLOGIE					DESTINATAIRE :			
MALADE :	BELEMKADEM,Khawla		N° IMMAT C.N.S.S :		BELEMKADEM,Khawla						
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	
ACTES DE RADIOLOGIE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .				TOTaux :		150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU:		150.00					
DATE FACTURE : 09/05/2022 EDITEE LE : 09/05/2022 PAR: MOURAD.				<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
VISA				N° DE POLICE : DATE AT :							
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef							
				BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA							
				N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31							



POLYCLINIQUE CNSS - 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 : 1292775	N° SEJOUR : 220039351	FACTURE N° 2205010879				DATE D'ENTREE : 09/05/2022		DATE DE SORTIE : 09/05/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		BELEMKADEM,Khawla		
MALADE : BELEMKADEM,Khawla		UF: 5002 URGENCES				N° IMMAT C.N.S.S. :				
NOM JEUNE FILLE :										
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 : QUATRE-VINGT DHS		PLAFOND PC :							ACOMPTE:		
		REMISE : 0.00 REGLE:							AVOIR:		
		RESTE DU: 80.00									
DATE FACTURE : 09/05/2022		EDITEE LE : 09/05/2022		PAR: MOURAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE : DATE AT :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef					
						BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
						N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					



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

Casablanca le : 09/05/2022

Patient (e) : BELEMKADEM KHAWLA

RX. PIED GAUCHE F/P

Minéralisation osseuse normale.

Absence d'anomalie articulaire ou architecturale osseuse.

Absence d'anomalie des parties molles.

DR MESTOUR

DR MASTOUR MOHAMED
Radiologue Polyclinique
CNSS Derb Challef
INPE : 91036335

BELENKADEF n°1

casa le 8/8/22

n° 9461

PHONE : 0660371092

Je déclare sur l'honneur que

ma femme KHAWLA BELENKADEF a subit
une tombe à ma maison le 9.05.22

cause entorse cheville et fissure
 pied gauche.

merci

BelenkaDEF n°1

