

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

- 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 : 05483

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A OUDANI SAID

Date de naissance : 22/01/1963

Adresse : BLOC 28 N° 976 DR RASAA H. 11

CASABLANCA

Tél. : 06 61 31 53 54 Total des frais engagés : 320,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/07/2021

Nom et prénom du malade : KARIM HAFID

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : Nature de la maladie : Tumeur à la glande thyroïde

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

Le : 22/07/2021

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
30/08/22	300	120	Dr. ZGUENDI Abderrahmane Service des Urgences Polyvalent CHU	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/08/22	Examen	1000

AUXILIAIRES MEDICAUX

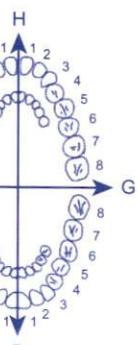
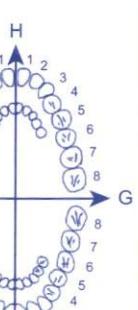
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة
ORDONNANCE

Le

30/7/2020

Mr. VARAT HAFSO

Trinit

Echographie des Testicules à l'âge de 11 mois

POLYCLINIQUE CNSS
DERB GHALLEF CASABLANCA
CAISSE URGENCES

Jr. ZGUENDI Abderrahmane
Service des Urgences
Polyclinique CNSS Derb Ghallef



VOTRE SANTÉ. NOTRE PRIORITÉ

N° IPP : 1311784	N° SEJOUR : 220066162	FACTURE N° 2203025916				DATE D'ENTREE : 30/07/2022		DATE DE SORTIE : 30/07/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		KARAM,Hafida		
MALADE : KARAM,Hafida		UF: 5003 RADIOLOGIE				N° IMMAT C.N.S.S. :				
NOM JEUNE FILLE :						N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :				
TIERS PAYANT 1 :										
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 : M0100018 DR CHAOUACHI RABEB	TOTAUX :	200.00							200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE :	
DEUX CENTS DHS	REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR :	
	RESTE DU:	200.00							
DATE FACTURE : 30/07/2022	EDITEE LE : 30/07/2022	PAR: SAAD	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		





N° IPP : 1311784	N° SEJOUR : 220066172	FACTURE N° 2205019416				DATE D'ENTREE : 30/07/2022				DATE DE SORTIE : 30/07/2022			
ASSURE :						DESTINATAIRE : KARAM,Hafida							
MALADE : KARAM,Hafida		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.	CN	1.00	120.00	120.00							0.00	120.00	

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX : 120.00											120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT VINGT DHS											
PLAFOND PC :												ACOMPTE:
REMISE : 0.00	REGLÉ											AVOIR:
RESTE DU : POLYCLINIQUE CNSS	120.00											
ACCIDENT DE TRAVAIL : DERB GHALLEF CASABLANCA												
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 CASABLANCA
CAISSE URGENCES



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

Casablanca le : 30/07/2022

Patient (e) : Mme KARAM HAFIDA

ECHOGRAPHIE DU TENDON D'ACHILLE GAUCHE

Le tendon d'Achille gauche est de calibre normal, de contours réguliers.

Absence d'image de rupture ou de fissure à son niveau.

Absence de collection profonde ou de calcification.

Infiltration minime de la graisse sous cutané sans collection notable

CONCLUSION

Echographie du tendon d'Achille gauche ne révélant pas d'anomalie.

Dr CHAOUACHI Rabeb
Médecin Radiologue
INPE 091281709



CNSS DERB GHALLEF
30/07/22 04:45:31

ADM 290722-093025

MI 1.2 Tls 0.3

9L

Abdomen

FR 46
AO% 100

DRT

LOGIO
P9

CHI
Frg 8.0
Gn 54
S/A 2/5
Cte D/0
D 5.0
DR 60



CNSS DERB GHALLEF
30/07/22 04:45:11

ADM 290722-093025

MI 1.2 Tls 0.3

9L

Abdomen

FR 46
AO% 100

GH

LOGIO
P9

CHI
Frg 8.0
Gn 54
S/A 2/5
Cte D/0
D 5.0
DR 60

