

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 063896

127552

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2439 Société : R.A.M.
 Actif Pensionné(e) Autre : Retraité
 Nom & Prénom : DOUIEB NAJIB
 Date de naissance : 17-1954
 Adresse : 44 Rue EL BAHALIL Roche noire CASABLANCA
 Tél. : 0663722597 Total des frais engagés : 344,11# Dhs

Cadre réservé au Médecin

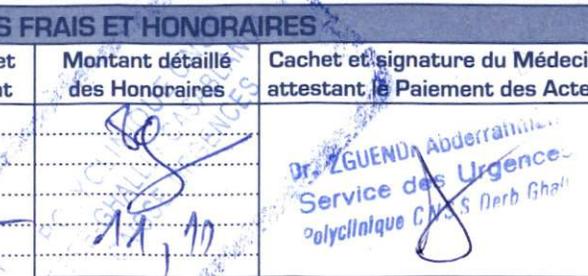
Cachet du médecin :
 Date de consultation : 18/08/2022
 Nom et prénom du malade : DOUIEB NAJIB Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Traumatisme du pied gauche
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère 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.

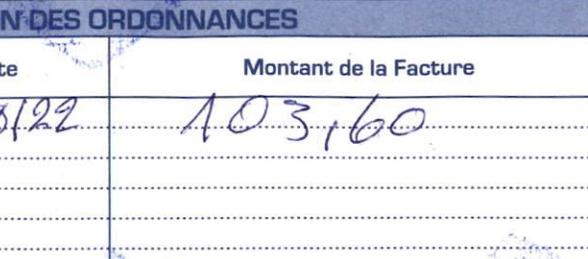
Fait à : CASABLANCA Le : 30/08/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

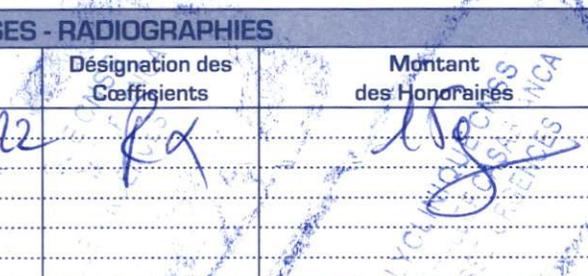
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/08/22	CA		11,10	 Dr. ZGUENDI Abderrahmane Service des Urgences Polyclinique CHU S. Derb Ghali
18/08/22	PA			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie la Solidarité 354, Bd Ambassadeur Ben Aïcha Roches Noires - Casablanca tél: 05 22 40 99 00 fax: 05 22 24 69 21	18/08/22	103,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18/08/22	CA	

AUXILIAIRES MEDICAUX

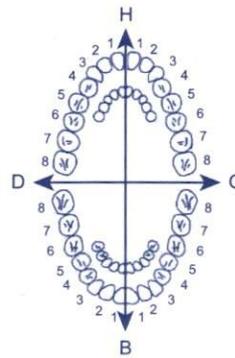
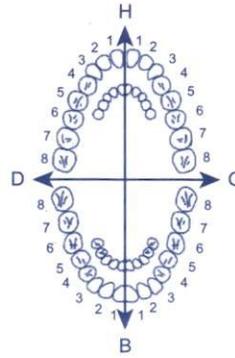
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>														
				Date du Devis <input type="text"/>														
			Date de l'exécution <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 : 1316247	N° SEJOUR : 220072413	FACTURE N° 2205021293	DATE D'ENTREE : 18/08/2022	DATE DE SORTIE : 18/08/2022
ASSURE :			DESTINATAIRE : DOUIEB,Najib	
MALADE : DOUIEB,Najib		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 INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50
FOURNITURES MEDICALES				3.61					0.00	3.61

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE) TOTAUX : 11.11 11.11

Arrêtée la présente facture à la somme de : ONZE DHS ET ONZE CENTIMES

PLAFOND PC : ACOMPTE :
 REMISE : 0.00 REGLE : AVOIR :

DATE FACTURE : 18/08/2022 EDITEE LE : 18/08/2022 PAR: SAAD

VISA

RESTE DU: 11.11

ACCIDENT DE TRAVAIL
 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 : 1316247	N° SEJOUR : 220072408	FACTURE N° 2203028353	DATE D'ENTREE : 18/08/2022	DATE DE SORTIE : 18/08/2022
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :	DESTINATAIRE : DOUIEB,Najib	
MALADE : DOUIEB,Najib NOM JEUNE FILLE :				
TIERS PAYANT 1 : 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										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	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 :
 CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :	ACOMPTE :
REMISE : 0.00 REGLE :	AVOIR :
RESTE DU : 150.00	

DATE FACTURE : 18/08/2022 EDITEE LE : 18/08/2022 PAR: SAAD

VISA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

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 : 1316247	N° SEJOUR : 220072407	FACTURE N° 2205021291				DATE D'ENTREE : 18/08/2022	DATE DE SORTIE : 18/08/2022			
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES				DESTINATAIRE : DOUIEB,Najib				
MALADE : DOUIEB,Najib		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. CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)	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 : 18/08/2022	EDITEE LE : 18/08/2022	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					





وصفة
ORDONNANCE



Le..... 18/8/2022

7. DONNES MADIB

Pharmacie la Solidarité
354, Bd Abdou Salam Ben Aicha
Roches Noires, Casablanca
Tél.: 05 22 86 30 20 - 05 22 86 30 21

22,20

Contabiliam

PPV: 22DH20
PER: 04/24
LOT: L1606

1cp - 3p/

51,40

Druido

AMM N° 528/17DMP/21/NRQ/R1
N° Lot: 2TJ586
Fab: 01/2022
Per: 01/2025
P.P.V. 51.40 MAD (Dhs)

30,00

PRAZOL (Bub7)

1p/

PPV: 30DH00
PER: 12/24
LOT: L1696-5

T = 103,60

Dr. ZGUENDI Abderrahmane
Service des Urgences
Polyclinique CNSS Derb Ghallef



وصفة
ORDONNANCE



Le 18/8/2022

ق. د. زغندي
POLYCLINIQUE CNS
DERB GHALLEF
SERVICE URGENCES
RX du pied gauche

Dr. ZGUENDI Abderrahmane
Service des Urgences
Polyclinique CNS - Derb Ghalef



INPE 090001512
ICE 001757364000080

**Polyclinique
Derb-Ghalef**

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 18/08/2022

Patient € : DOUIEB NAJIB

RX. PIED GAUCHE F/P

Minéralisation osseuse normale.

Absence d'anomalie articulaire ou architecturale osseuse.

Absence d'anomalie des parties molles.

DR BENBRAHIM

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

