

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 à caractère personnel.

M22- 0027042

148549

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2530 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHIKHAOUI AHMED

Date de naissance : 30.06.1952

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0627186158 Total des frais engagés : 670.82 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/01/2023

Nom et prénom du malade : Dr. S. CHAKIR BEN GELLOU

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Polyclinique CNSS/Derb Ghalef

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 11.01.2023

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
11/11/2023	111	259,42		 Dr. CHAKIB Médecin - Urgentiste Polyclinique CNSS Derb Ghalle

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme HASSENI Sema PHARMACIE SALAH EDHINE 56, Bd Hassan II Document du Pharmacien Sous le cachet du pharmacien Date : 11/10/2013 Montant : 25140	11/10/2013	25140

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/01/2023	No	160,-

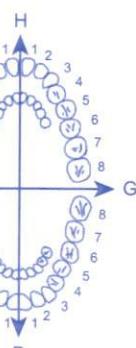
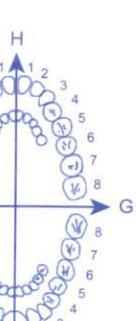
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 <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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	COEFFICIENT 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"/>

SACNET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



رب غلف

DERB GHALLEF

وصفة
ORDONNANCE

Le

1/1/2023.

Mr. Saad Latuis

126.30

10.30

69.00

45.80

251.40

10/08/2023

15/08/2023

20/08/2023

25/08/2023

30/08/2023

04/09/2023

09/09/2023

PPV: 126.30 DH
LOT: 650794
PER: 08/24

PPV: 10DH30
PER: 03/25
LOT: L1143

LOT : 220966
DUO: 12/2025
60.00 DH

PPV: 45DH80
PER: 06/25
LOT: L2007



درب غلاف

DERB GHALLEF

وصفة
ORDONNANCE

Le

11/10/2013

Mr Javat Falues

24 Juillet 2013

Dr. S. CHAKIB ep. BENGELLOUN
Médecin - Urgentiste
Polyclinique CNSS/Derb Ghallef



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

Casablanca le :11/01 /2023

Patient (e) : FARAH FATIMA

RX POUMONS FACE

Transparence parenchymateuse normale.

Absence de foyer parenchymateux de type évolutif notable.

Silhouette cardio médiastinale normale.

Culs de sac pleuraux

CONCLUSION

Radiographie pulmonaire ne révélant pas d'anomalie.



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 :	1220394	N° SEJOUR :	230003539	FACTURE N° 2305001165				DATE D'ENTREE : 11/01/2023		DATE DE SORTIE : 11/01/2023	
ASSURE :			UF: 5002 URGENCES					DESTINATAIRE :			
MALADE :	FARAH,Fatima		N° IMMAT C.N.S.S :		FARAH,Fatima						
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	
AUTRES ACTES COTES EN K											
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50	
CONSULTATION DE MEDECIN.											
VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A)	V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX											
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					14.08				0.00	14.08	
FOURNITURES MEDICALES					5.34				0.00	5.34	



Total à reporter				259.42		0.00		0.00		259.42
------------------	--	--	--	--------	--	------	--	------	--	--------

N° IPP : 1220394	N° SEJOUR : 230003539	FACTURE N° 2305001165	DATE D'ENTREE: 11/01/2023	DATE DE SORTIE: 11/01/2023
UF de présence: 5002 URGENCES				

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				259.42		0.00		0.00		259.42

Intervenant : 8072010 DR CHAKIB SAADIA	TOTAUX :	259.42						259.42
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE NEUF DHS ET QUARANTE DEUX CENTIMES	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE:	259.42			AVOIR:	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 11/01/2023	EDITEE LE : 11/01/2023	PAR: IMANE	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						



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: 160205



N° IPP :	1220394	N° SEJOUR :	230003542	FACTURE N° 2303001286				DATE D'ENTREE :	11/01/2023	DATE DE SORTIE :	11/01/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	FARAH,Fatima				UF:	5003 RADIOLOGIE					
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	Z	16.00	10.00	160.00					0.00	160.00	

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .					TOTaux :		160.00						160.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DHS					PLAFOND PC :						ACOMPTE:		
					REMISE :		0.00	REGLE :	160.00		AVOIR :		
					RESTE DU:		0.00						
DATE FACTURE : 11/01/2023					EDITEE LE : 11/01/2023		PAR: IMANE	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						

