

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment rempli.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires 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 : reclamation@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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.

N° M21- 070682

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 7830

Société :

RAM

ND

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LYMANI KHALID

ABDO

Date de naissance :

19-02-1961

Adresse :

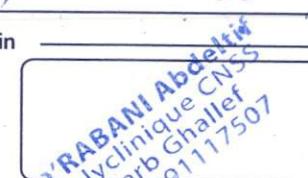
32 Latissement Florida

Tél. : 0661142911

Total des frais engagés : 4389,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21/01/2023

Nom et prénom du malade :

TA NAH Zahra

Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection digestive

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 :

Le : 21/01/2023

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
21/01/23	CP		120.00	DRAIBANI Abdellah Polyclinique CNSS INPE 9101167

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA TULIPE 843 Avenue 5 Mar Haddaouia 3 Tél: 0522 21 62 22	21/01/23	69.00

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/01/23	BRD	200.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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



وصفة
ORDONNANCE

Le 21/01/2023

JANAH Zahra

49,80
9222 11-793
020312101

FLAGYL 500 mg
CP PEL 820

P.P.V : 49DH00

6 118000 060062

Flagyl 2x
1g x 3

(n.1)

Apogee de 200 (n.1)

Flag 2x
5

PHARMACIE LA TULIPE
843 Avenue ; Mar Haddouia 3
Tél: 0522 21 62 22

PPV: 19DH70
PER: 09/25
LOT: L2902

APAZIDE® 200 mg
Nifuroxazole
16 gélules
6 118000 040064

DRA. S. A. Abdellatif
Poly Clinique CNS
Derb Ghallef
NIP: 091117507

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

مصحة
POLYCLINIQUE



درب غافل
DERB GHALLEF

NOM DU MALADE

Janah Zahra

21/01/2023

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Domicienne 13
blix.
résistant au TT.



Examen demandé

Echographie
Abdominale.



Cachet du médecin





N° IPP : 1327299 N° SEJOUR : 230006768

FACTURE N° 2305002212

DATE D'ENTREE : 21/01/2023 DATE DE SORTIE : 21/01/2023

ASSURE :

MALADE : JANAH,Zahra

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

DESTINATAIRE :

JANAH,Zahra

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F										

Intervenant : 06112011 DR RABANI ABDELTIF (GENERALISTE)	TOTAUX : 120.00									120.00
---	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DHS

PLAFOND PC : ACOMPTE :

REMISE : 0.00 REGLE : 120.00 AVOIR :

RESTE DU: 0.00

DATE FACTURE : 21/01/2023 EDITEE LE : 21/01/2023 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





SERVICE DE RADIOLOGIE

INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique Derb-Ghallef

DUPLICATA

Casablanca le : 21/01/2023

Patiente (e) : JANAH ZAHRA

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Foie taille normale, échogène de façon homogène : stéatose (diabétique).

Vésicule biliaire ne présente pas d'anomalies pariétales ou endoluminales.

Absence de dilatation des voies biliaires.

Tronc porte perméable.

Rate et pancréas taille et échostructure normale.

Reins taille normale, contours réguliers, parenchyme bien différencié, cavités non dilatées

Absence d'épanchement intra péritonéal.

CONCLUSION

Stéatose hépatique modérée (diabétique).

Absence d'anomalies par ailleurs.

DR CHERKAQUI AICHA



N° IPP : 1327299	N° SEJOUR : 230006769	FACTURE N° 2303002439			DATE D'ENTREE : 21/01/2023		DATE DE SORTIE : 21/01/2023			
ASSURE :					DESTINATAIRE :		JANAH,Zahra			
MALADE : JANAH,Zahra		UF: 5003 RADIOLOGIE			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
ACTES DE RADIOLOGIE										
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 12092016 DR CHERKAOUI OMARI AICHA RADIOLOGUE	TOTAUX : 200.00									200.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:		
DEUX CENTS DHS	REMISE : 0.00	REGLE : 200.00							AVOIR :		
	RESTE DU: 0.00										
DATE FACTURE : 21/01/2023	EDITEE LE : 21/01/2023	PAR: SAAD	<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 DRRISS 1ER - CASABLANCA				
			N° compte bancaire :				011 780 0000 70 210 00 60-028 31				

