

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M22- 0014839

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8912 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHRIFI Aniss

Date de naissance : 26-09-1971

Adresse : LOT AL MAZHIT LOT N°111 APP N°1

ROUTE AL AZZAMMAWYER BOUlevard 33A CASE B Casablanca

Tél. : 0624 73 02 00 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mohamed RAGHI
Chirurgien Orthopédiste

Date de consultation : 16/01/2022

Nom et prénom du malade : CHRIFI Aniss. Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : F. DAME BEN A.T. DMR

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 : 21/04/2023

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
15/03/23				Dr Mohamed RACHI Chirurgien Orthopédiste Traumatologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
POLYCLINIQUE DERB-GHALI Caisse Nationale de Sécurité Sociale	22-03-23	pe	

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 canalaire, 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 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	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

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

مصحة
POLYCLINIQUE



درب غلاف
DERB GHALLEF

NOM DU MALADE ZOUKI TOURIZ

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Examen demandé

RX
du poitrine droit d'
Catheter

Dr. ZGUENDI Abourrahmane
Cachet du médecin
Service des Urgences
Polyclinique CNSS Darb Ghallef



وصفة
ORDONNANCE



DRIB GHALLEF

Le ٢٣/٠٦/٢٣.

m Chrif. Boura

Pr Arsent pach 4
free

215

Dr. Mohamed RACHI
Chirurgien Orthopédiste
Traumatologie

POLYCLINIQUE CNSS
DERB-GHALLEF CASABLANCA
Caisse Radiologie

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

SERVICE DE RADIOLOGIE



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

Casablanca le : 22/03/2023

Patient (e) : CHARIF TOURIA

RADIOGRAPHIE DU PIED DROIT F + P

Résultat :

- Immobilisation plâtrée
- Fracture du 5ème métatarsien en voie de consolidation (non consolidée)
- Respect des parties molles
- Pas de lésion osseuse focale
- Intégrité des interlignes articulaires

➤ A corréler au reste des données

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

Dr JELLOULI

Dr JELLOULI Omar
Médecin Radiologue
INPE : 101183531

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 :	1370669	N° SEJOUR :	230028278	FACTURE N° 2303010466				DATE D'ENTREE :	22/03/2023	DATE DE SORTIE :	22/03/2023			
ASSURE :								DESTINATAIRE :	CHRIF,Touria					
MALADE :	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 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 :	22/03/2023	EDITEE LE :	22/03/2023	PAR:	BILAL	ACCIDENT DE TRAVAIL			DATE AT :	
VISA				N° DE POLICE :	POLYCLINIQUE CNSS - DERB-GHALLEF CASABLANCA Caisse Radiologie					
				Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					

POLYCLINIQUE CNSS
DERB-GHALLEF CASABLANCA
Caisse Radiologie

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 : 1368588	N° SEJOUR : 230025443	FACTURE N° 2302007540				DATE D'ENTREE : 15/03/2023	DATE DE SORTIE : 15/03/2023			
ASSURE :										DESTINATAIRE :
MALADE : CHRIF,Touria		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
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
CONSULTATION DE MEDECIN.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 03122007 DR RAGHI MOHAMED (TRAUMATOLOGUE)	TOTAUX :	150.00						150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00	AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00				
DATE FACTURE : 15/03/2023	EDITEE LE : 15/03/2023	PAR: LAGRIB	<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						