

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 des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1506

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHR HOUH DRISSIA

Date de naissance :

12 / 09 / 1953

Adresse :

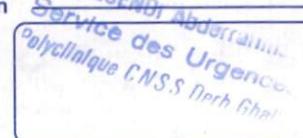
68 Rue Aboumarqane Abdelmalek Apt 38 Résidence Doumia CASABLANCA hôpital

Tél. 06 61 31 68 06

Total des frais engagés : 9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11 / 05 / 2023

Nom et prénom du malade : CHR HOUH DRISSIA Age: 68

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Tonk du pied droit

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

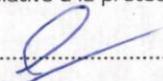
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 / 05 / 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
11/05/23	C	Dr. ZGUENDI Abderrahmane Service des Urgences Polyvalent CHU de Marrakech	Dr. ZGUENDI Abderrahmane Service des Urgences Polyvalent CHU de Marrakech	Dr. ZGUENDI Abderrahmane Service des Urgences Polyvalent CHU de Marrakech

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/5/23	€ 1.00

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
POLYCLINIQUE AUBER BERB-CHALLE CASABLANCA Caisse Urgences	11/03/23	Rq	50

AUXILIAIRES MEDICAUX

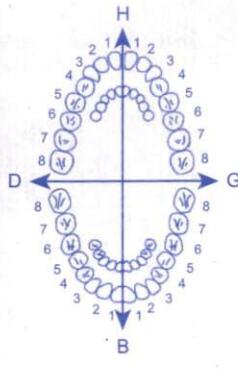
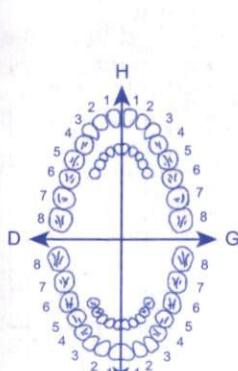
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				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 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le

11/5/2023

D Rassia

Le 2023 CASABLANCA ADDAMAN POLYCLINIQUE DERB-GHALLEF CAISSE D'ASSURANCES SOCIALES

M. de

Hegizi

(S.V)

1000

- Dzera

(S.V)

1000

1000

Dr. ZGUENDI Abderrahmane
Service des Urgences
Polyclinique CNM, n°1 Châtaignier

6

DR PHARMACEUTIQUE
DERB GHALLEF - CASABLANCA
Téléphone: 0522 86 30 20
Fax: 0522 86 42 05

DASEN® 10 000 UI 
Serrapeptase
40 Comprimés enrobés gastro-résistants



6 1118026

PPV:

EXP:

Lot N°:

47,80

ALGIK® 500 mg+50 mg
16 comprimés 



13,20



BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

CHR HOUZ DASSID

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

POLYCLINIQUE ADDAÏWAN
DERB GHALLEF CASABLANCA
Caisse Urgences

Examen demandé

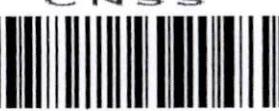
RX torax droit

Dr. ZGUENDI Abderrahmane
Service des Urgences
Polyclinique CNSS Derb Ghallef

Cachet du médecin

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE



INPE 090001512
ICE 001757364000080
Polyclinique
Derb-Ghallef

Casablanca le : 11/05/2023

Patient (e) : DRISSIA CHRHOUL

RADIOGRAPHIE DU PIED DROIT F + 3/4

- Fracture de la 3^{ème} phalange du 5^{ème} orteil
- Epaississement et gonflement des parties molles
- Respect 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

Omar
JELLOULI
Médecin Radiologue
00221 707483531

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 : 1135032	N° SEJOUR : 230045331	FACTURE N° 2303017083				DATE D'ENTREE : 11/05/2023		DATE DE SORTIE : 11/05/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		CHRHOUL,Drissia		
MALADE : CHRHOUL,Drissia		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 : 150.00						AVOIR :			
				RESTE DU: 0.00											
DATE FACTURE : 11/05/2023 EDITEE LE : 11/05/2023 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											

POLYCLINIQUE ADDAMAN
DERB-GHALLEF CASABLANCA
Caisse Urgences

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 :	1135032	N° SEJOUR :	230045332	FACTURE N° 2305013163				DATE D'ENTREE :	11/05/2023	DATE DE SORTIE :	11/05/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	CHRHOUL, Drissia				UF:	5002 URGENCES					
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :						
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.	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00	
CONSULTATION DE GENERALISTE											

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)				TOTAUX :	80.00					80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
QUATRE-VINGT DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	80.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 11/05/2023 EDITEE LE : 11/05/2023 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						

*POLYCLINIQUE ADDAMAN
DERB-GHALLEG CASABLANCA
Caisse Urgences*