

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.

M23-002980

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5232**

Société : **180038**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **E22 AHER ALI**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06 80 98 66 43**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

ALD

ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

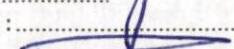
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

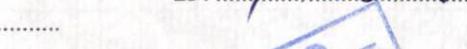
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : **17/09/2023**

Signature de l'adhérent(e) :





DR. YAQOUBI YOUSSEF

INPE : 09183269



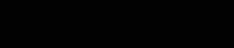
DR. YAQOUBI YOUSSEF

INPE : 09183269



DR. YAQOUBI YOUSSEF

INPE : 09183269



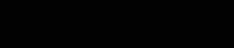
DR. YAQOUBI YOUSSEF

INPE : 09183269



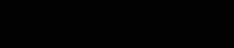
DR. YAQOUBI YOUSSEF

INPE : 09183269



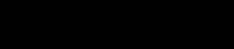
DR. YAQOUBI YOUSSEF

INPE : 09183269



DR. YAQOUBI YOUSSEF

INPE : 09183269



DR. YAQOUBI YOUSSEF

INPE : 09183269

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
10/09/23			120	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien Où du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	le 17/09/93	178,50 D.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	10/09/23	M	160.-

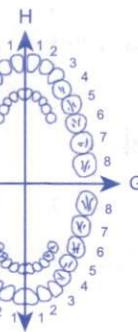
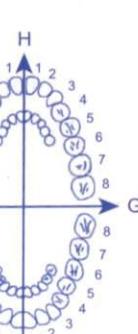
AUXILIAIRES MEDICAUX

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
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة ORDONNANCE

le ١٧٠٥٢٣

Eduardo Perea

PHARMACIE EL HOUDA
EL TAN SIDI-AU
CHIRI ET LISSI
rue Abdellatif
El Addaman - 2 Mars
19, Bd
Tél: 0522.28.99.44 - CASABLANCA

57,10

Perea

١٣٢٢

٤٧٠ * ٢

٨٦٦٦

٢٠٢٩ * ٢

bande

٢٠٣٣ * ٢

AS X 2
178,50

Dr. YAQOUBI Youssef
Médecin Urgentiste
INPE : 091183269

Brexin

Piroxicam- β -cyclode

10 sachets



LOT 23009,
FER NOV 25
PPV 57DH10



LOT 230813 1
EXP 02 2025
PPV 15.00

LOT 230813 1
EXP 02 2025
PPV 15.00



أقراص

12 قرصا من 4 ملغ

كولطراكس

تيوكولشكزيد

٤٥٠,٣٠

أقراص

12 قرصا من 4 ملغ

كولطراكس

تيوكولشكزيد

٤٥٠,٧٠٦٥

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



وصفة
ORDONNANCE

مصحة
POLYCLINIQUE



درب غلف

DERB GHALLEF

le ٢٤/١٢/٢٠١٧

MEDOR Danie

Dr. YOUSSEF

INPE : 0911183269
Medecin Universitaire
Dr YAGOURI Youssef

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 : 1415856	N° SEJOUR : 230092227	FACTURE N° 2303036034				DATE D'ENTREE : 17/09/2023		DATE DE SORTIE : 17/09/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ESSEFAR, Touria		
MALADE : ESSEFAR, Touria		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 :			PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
CENT SOIXANTE DHS			REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR:	
			RESTE DU:	160.00						
DATE FACTURE : 17/09/2023			EDITEE LE : 17/09/2023	PAR: MOURAD	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
			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 : 1415856	N° SEJOUR : 230092228	FACTURE N° 2305026624				DATE D'ENTREE : 17/09/2023		DATE DE SORTIE : 17/09/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : ESSEFAR, Touria		UF: 5002 URGENCES				ESSEFAR, Touria				
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. VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A)	V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE)		TOTAUX :	120.00							120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS		PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR:	
		RESTE DU:	120.00							
DATE FACTURE : 17/09/2023		EDITEE LE : 17/09/2023	PAR: MOURAD	<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						



SERVICE DE RADIOLOGIE



الضمان الاجتماعي
CNSS
INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

Casablanca le : 17/09/2023

Patient € : ESSEFAR TOURIA

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.

DR BENBRAHIM

Dr. BENBRAHIM
Médecin Radiologue
Polyclinique CNSS DE DERB GHALLEF
Date : 17/09/2023

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)