

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19- 0003727

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2589** Société : **Ram**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HAFNA BEN Nourredine**

Date de naissance : **24/02/1988**

Adresse :

Tél. : **0630318888**

Total des frais engagés : **700** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EDDAHBI Othmane

Date de consultation : **03/05/2010**

Nom et prénom du malade : **HAFNA BEN Nourredine**

Age : **21**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : **09/05/2010**

Le : **09/05/2010**

Signature de l'adhérent(e) : **(Signature)**

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
03-05	C n			<i>DR ESSAID Dohmane Médecin</i>
24-5				
12-5				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>INPE</i>	31/05/11	26800
092054758		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	02-09	Echo	2000

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

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
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

وصفة ORDONNANCE



LOT 190163
EXP 01/2022

COOPER PHARMA
PPV: 51,40 DH

LOT 190163
EXP 01/2022

COOPER PHARMA
PPV: 51,40 DH

RANITIL®
Ranitidine 150 mg
lot de 20 comprimés effervescents
P.P.V : 81,00 DH
6 118000 190974

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80
6 118000 060062

S.V

S.V

PHARMACIE SOULTANA
Bd. Oued Fazza - Z 22
F-CHAFIQ - Casablanca
Rue 44 N° 10000 Dour
Tél: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

Dr. EDDAHDIB OUMAR
Médical

زنقة الضمان - درب غلب - 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

34,40

26,80,-

2 - 2

N° 010966

NOM DU MALADE, Hannani Hizouy

N° C.N.S.S. ou Mutualité

Renseignement Clinique

Durée administrative avec vomit & f diurèse et une fièvre de 31-
A l'examen : Abcès style
Santé péri-anale

EXAMEN demandé

ECHOGRAPHIE " Abdomine "

Z =

PC =

K =

Le Médecin Traitant

Dr. EDDABI Othmane
Médecin

URGENT

RAPIDE

NON URG.

POLYCLINIQUE C.N.S.S - 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 :	1101017	N° SEJOUR :	190058254	FACTURE N° 1905041178				DATE D'ENTREE : 03/09/2019		DATE DE SORTIE : 03/09/2019			
ASSURE :													
MALADE :	HANNAOUI,Firdaouss				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.	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00			
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50			
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				17.86					0.00	17.86			
FOURNITURES MEDICALES				3.84					0.00	3.84			

Intervenant :	2062011 DR EDDAHBI OTHMANE (GENERALISTE)	TOTAUX :	149.20							149.20				
Arrêtée la présente facture à la somme de :					PLAFOND PC:					ACOMPTE:				
CENT QUARANTE NEUF DHS ET VINGT CENTIMES					REMISE:	0.00	REGLE:			AVOIR:				
					RESTE DU:	149.20								
DATE FACTURE :	03/09/2019	EDITÉE LE :	03/09/2019	PAR:	BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :								
VISA					N° DE POLICE	DATE AT :								
						Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef							
						BANQUE:	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA							
						N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31							

POLYCLINIQUE C.N.S.S - 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 :	1101017	N° SEJOUR :	190058265	FACTURE N° 1905041189				DATE D'ENTREE :	03/09/2019	DATE DE SORTIE :	03/09/2019
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	HANNAOUI,Firdaouss				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	
ACTES DE RADIOLOGIE	ECHOGRAFIE	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00	

Intervenant : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED				TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
DEUX CENTS DHS				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :		
				RESTE DU:	200.00						
DATE FACTURE : 03/09/2019 EDITÉE LE : 03/09/2019 PAR: BAKHRI				ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA				N° DE POLICE :				DATE AT :			
				Règlement à effectuer à l'ordre de :				POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
				BANQUE :				BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
				N° compte bancaire :				011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

POLYCLINIQUE C.N.S.S DERB GHALLEF
CAISSE DES URGENCES

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE-DERB GHALLEF
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE-ECHOGRAPHIE-DOPPLER-SCANNER

03.09.19

FIRDAOUSS HANNAOUI
URG

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Foie : est de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
Vésicule biliaire alithiasique à paroi fine.

Absence de dilatation des voies biliaires intra-hépatiques et des voies biliaires extra-hépatiques.

Le tronc porte est de calibre normal et perméable.

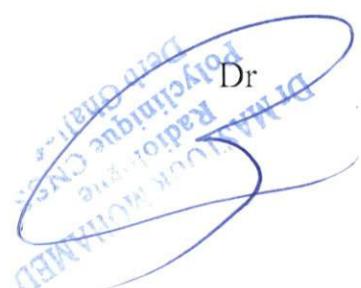
Les deux reins, la rate et le pancréas sont normaux.

Absence d'épanchement intra péritonéal.

Absence d'anomalie de la FID.

CONCLUSION :

Echographie abdominale sans particularité.





310892SUS-19-08-31-1

16.7cm/1.2/22Hz

TIs 0.5

03.09.2019 10:23:31 PM

Abdomen HR.
Har-Moyenne
100Hz
Gn 0
C4 / M4
FF2 / E3
SRI II 3 / CRI 3



Voluson



310892SUS-19-08-31-1

4C-RS/ABD

MI 1.0

POLYCLINIQUE CNSS D GHALEF

16.7cm/1.2/22Hz

TIs 0.5

03.09.2019 10:23:25 PM

Abdomen HR.
Har-Moyenne
100Hz
Gn 0
C4 / M4
FF2 / E3
SRI II 3 / CRI 3



Voluson



310892SUS-19-08-31-1

4C-RS/ABD

MI 1.0

POLYCLINIQUE CNSS D GHALEF

16.7cm/1.2/22Hz

TIs 0.5

03.09.2019 10:23:15 PM

Abdomen HR.
Har-Moyenne
100Hz
Gn 0
C4 / M4
FF2 / E3
SRI II 3 / CRI 3



