

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

cique :

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.

ntaire :

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° S19-0000997

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11875 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAHSINE TIBARI Date de naissance : 26/05/1961

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation 09/10/2019

Nom et prénom du malade : DAMIR KHADIDA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : affection rhumato-dgique

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 : Cazy

Le : / /

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
03/10/19				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHOTOS

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09/10/13	Bernard, Dr	600,00

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



DK



وصفة
ORDONNANCE

درب غلف
DERB GHALLEF

Le 09/10/19

DK

m^e DAmir Khadja

Suspicion de thrombose latente

du membre inférieur droit

- le chostoppler sur

membre inférieur droit



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 :	1108015	N° SEJOUR :	190067679
----------	---------	-------------	-----------

FACTURE N° 1905047509

DATE D'ENTREE : 09/10/2019 DATE DE SORTIE : 09/10/2019

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : DAMIR,Khadija

DAMIR,Khadija

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

UF: 5002 URGENCES

TIERS PAYANT 2 :

N° IMMAT C.N.S.S :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

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
ACTES DE RADIOLOGIE ECHO-DOPPLER VEINEUX PERIPHERIQUE	CX15	1.00	600.00	600.00					0.00	600.00

Intervenant : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED	TOTAUX : 600.00								600.00
---	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENTS DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE :

AVOIR :

RESTE DU: 600.00

DATE FACTURE : 09/10/2019

EDITEE LE : 09/10/2019

PAR: FENANI

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :



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



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 09/10/2019

Patient (e) : DAMIR KHADIJA

ECHODOPPLER VEINEUX DU MEMBRE INFÉRIEUR DROIT

Les veines jambière, poplitée, fémorales superficielle et profonde, fémorale commune sont de calibre normal normalement dépressibles avec un flux normalement modulé à leur niveau.

I.R.M
(1.5 Tesla)

Absence de reflux au niveau de ce réseau veineux profond.

Scanner
(Corps Entier)

Absence de signes de thrombose veineuse profonde.

Radiologie
Numérique

Absence de reflux au niveau des veines saphènes internes ou externes.

CONCLUSION

Echodoppler veineux du membre inférieur droit ne révélant pas d'anomalies.

Kyste poplité remanié (hémorragique) de 80 x 27mm.

Echo-Doppler
(Couleur)

DR MESTOUR

M. MOHAMED
Radiologue
CNSS
Polyclinique Derb-Ghallef



