

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Educations :

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.

Maladie chronique :

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 0043094

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01637 Société : RAT

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BELBIDA Mohammed

Date de naissance : 21/01/1955

Adresse : BP 12614 HAY HASSAN ASA -

Tél. : Total des frais engagés : 143 + 120 + 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EDDAHBI Othmane
Médecin

Date de consultation : 01/11/2019

Nom et prénom du malade : BELBIDA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : COLICATON

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 : 01/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. EDDAHBI Othmane
Médecin

RELEVÉ 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
01-11-11 6.93			1200	Dr. EDDAHBI Oumane

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOHMA Mme. Benboussouf 114 Bd. Ibnou Sina - CASA Tél: 0522 36 01 64	01/11/2013	143.5004

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01-11-14		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

LOT 181761
EXP 08/2021
PPV 30.00DH

المستشفى + المركز
CNSS
Le devoir de vous protéger

ORDONNANCE

Lot : 190382
À consommer de
préférence avant le : 06/2022
PPC : 79,50 DH

Carboxane
Boîte de 30 comprimés

34,40

Le 01-M-2020

BELBEIDA MOHAMED

① OESER 20 gél

30,00

1 gél x 210

15

34,40

② DISPIROL 8

15

2 - 2 - 2

79,50

③ CARBOXANE 8

15

2 - 2 - 2

143,50

ORDONNANCE Mohamed
Médecin

Pharmacie SOPHIA
Mme. Benoudia Sina - G. S. A
24, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél : 022.36.01.24



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 01/11/2019

Patient (e) : BELBEIDA MED

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

RESULTAT:

Important météorisme abdominal diffus ;

Foie exploré par voie intercostale paraît homogène échogène, de taille normale de contours réguliers sans lésion focale décelable.

VB libre, à paroi fine.

VBIH et VBP non dilatées

TP perméable de calibre normal

Reins en place de taille normale de contours réguliers avec bonne différenciation cortico sinusale sans dilatation des cavités excrétrices.

Rate homogène de volume normal.

Pancréas non exploré masqué par un écran de gaz.

Absence de masse ou de collection abdominale.

Vessie semi pleine à contenu transonore.

Absence d'épanchement péritonéal.

CONCLUSION :

Foie de stéatose.

Météorisme abdominal diffus.

Absence d'autre lésion décelable par ailleurs.

A confronter au reste du bilan.

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

Cordialement
DR HASSEN.S

ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
3 DEGRS CHALIER

Demande d'examen d'IMAGERIE MEDICALE

N° 010966

Nom du Service Médical
demandeur code

NOM DU MALADE

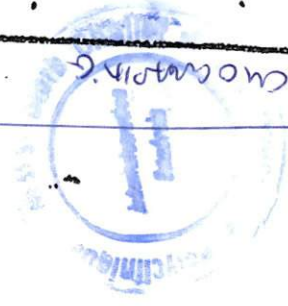
BELASSA

na

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renvoiement clinique

Quel est le motif de la demande
au niveau du Service de la
radiologie



Examen de
Abdominale

Le Médecin Tuteur

D. EDWARDS
Médical

URGENT

RAPIDE

NON

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 : 1112678	N° SEJOUR : 190074184	FACTURE N° 1905052098		DATE D'ENTREE : 01/11/2019		DATE DE SORTIE : 01/11/2019				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : BELBEIDA, Mohamed		UF: 5002 URGENCES		BELBEIDA, Mohamed						
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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 01072019 DR HASSEN SAMAH RADIOLOGUE	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU:	200.00						
DATE FACTURE : 01/11/2019	EDITEE LE : 01/11/2019	PAR: MOURAD	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 : 1112678	N° SEJOUR : 190074192	FACTURE N° 1905052106		DATE D'ENTREE : 01/11/2019		DATE DE SORTIE : 01/11/2019				
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : BELBEIDA,Mohamed						
MALADE : BELBEIDA,Mohamed										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 2062011 DR EDDAHBI OTHMANE (GENERALISTE)	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 : 01/11/2019	EDITEE LE : 01/11/2019	PAR: MOURAD	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
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				