

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

Informations 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.

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.

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horlogerie - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° P19- 053911

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

(21329)

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6459

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

ARRAK AICHA

Date de naissance :

01-01-1955

Adresse :

Route Bachir Kauz Apt 13 étg 3 - Casablanca

Tél. : 0661 47 07 884

Total des frais engagés : 171,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dr. ZGUENDI Abderrahmane
Service des Urgences
Polyclinique CNSS Derb Chaffef

ARRAK AICHA

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

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 : 15/03/2020

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
22/01/2022		4	80	Dr. ZGUENI Abderrahmane Service des Urgences Polyvalente INRS Djerba Ghali

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
QUALID	21/02/2012	52.10€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/07/2016	IR	100,00

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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

$$D \begin{array}{|c|c|} \hline & H \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline \end{array} C$$

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



نـ. AIRAV AIRAV

37

Dose of

A.S.

44.20

in 38

AMRI T OUALID
TAC BACHOU N° 473
Tél 022 83 35 45
Société pour la Pharmacie

D. P. S. 45

60-



and Rgs

Envelop
eght - cl

A.S.

GUENDI Adderrahmane
Service des Urgences
Clinique CNSS Derb

ب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 20 05 22 86 30 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05

Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - F

ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
0 DERS GHAILER

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

N° 010966

Nom du Service Médical
demandeur onde

NOM DU MALADE ARRAN AICH

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignement Clinique

Examen demandé

RX du thorax osseux P
(Free + 3/4 Droit)

Mr. ZGUENDI ABDELLAH
Service des urgences
Le Marocain des Urgences

URGENT

URGENCE
Doux Ghailier

NON



7.2

PO

K

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

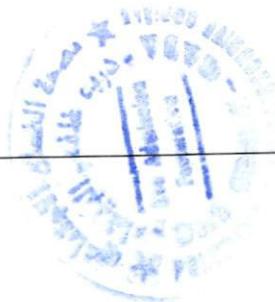
Centre de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

10100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

NPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1128700	N° SEJOUR : 200006056	FACTURE N° 2005004194				DATE D'ENTREE : 22/01/2020		DATE DE SORTIE : 22/01/2020				
ASSURE :						DESTINATAIRE : ARRAK,Aicha						
MALADE : ARRAK,Aicha		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	
ACTES DE RADIOLOGIE		Z	25.00	10.00	250.00					0.00	250.00	
Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .		TOTAUX :				250.00					250.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :								ACOMPTE:		
DEUX CENT CINQUANTE DHS		REMISE : 0.00 REGLE : 250.00								AVOIR:		
DATE FACTURE : 22/01/2020		RESTE DU: 0.00										
EDITEE LE : 22/01/2020 PAR: MOURAD		<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>				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 : 22/01/2020

Patient (e) : ARRAK AICHA

RX. POUMONS FACE/ PROFIL

Absence de foyer parenchymateux d'allure évolutive décelable.

Silhouette cardio médiastinale d'aspect normal.

CDS pleuraux libres.

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

DR BENBRAHIM

Dr. Abdellah BENBRAHIM
Modern Radiology
Polyclinique CNSS DERB GHALLEF
INPE 21076708

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 : 1128700	N° SEJOUR : 200006088	FACTURE N° 2005004200			DATE D'ENTREE : 22/01/2020		DATE DE SORTIE : 22/01/2020			
ASSURE :					DESTINATAIRE :		ARRAK,Aicha			
MALADE : ARRAK,Aicha		UF: 5002 URGENCES								
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.	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
CONSULTATION DE GENERALISTE										
Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNERALISTE)		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 : 22/01/2020		EDITEE LE : 22/01/2020		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										