

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

Cessions 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.

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 08830

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : KEBDANI, Nohamed

Date de naissance : 21/01/1976

Adresse : Rondou EL FAIE. SOU RAYHANE N. 11, 3eme

HAY EL Qods, Casab.

Tél. : 069658910

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr COHEIR Fatima Cardiologue

Date de consultation : 14/12/2020

Nom et prénom du malade : KHTAR BOUCH Lamine

Age : _____

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Palpitation

MLPE

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 : Casablanca

Le : 02/12/2020

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
01/21/20	1204	1216	2500\$IA	Dr ZYTHEK Farid Ghaffar Cardiologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/02/20	99,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/02/2020	CX13	6500 Ft

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.

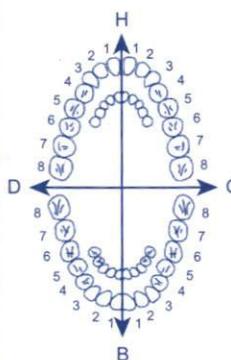
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

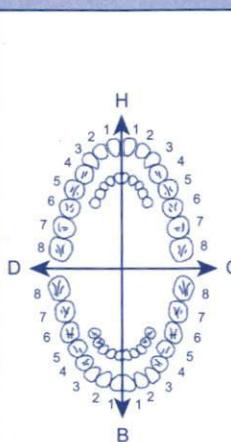
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

04/02/2020 .

me kHAR BOUCH Samira .

751 09 22
LOT PER
Prix 99,00

ASMA V
CASABLANCA - Tel : 022 86 30 20
DROUDGHIR MEDICAL CENTRE

SV

99,00 11 Maghazine
Tipli retin 18r

2/ Calci bromet B 1BT
up sou .

IT de laus .

Dr ZEHEIR Fatima
Cardiologue
CNSS Derb Ghalef

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Q4/02/2020

Mme kHARBOUCH Lamia .

étoile cardio fœtni :

- Hypnèe
- VS élevée



6/02/2020

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 : 1129105	N° SEJOUR : 200009663	FACTURE N° 2002002814			DATE D'ENTREE : 04/02/2020		DATE DE SORTIE : 04/02/2020			
ASSURE :					DESTINATAIRE :		KHBARBOUCHE,Samira			
MALADE : KHBARBOUCHE,Samira		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
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.	CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00
Intervenant : 02052017 DR ZOHEIR FATIMA CARDIOLOGUE		TOTaux :		250.00						250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS					PLAFOND PC :				ACOMPTE:	.
					REMISE :	0.00	REGLE :	250.00	AVOIR :	
					RESTE DU:	0.00				
DATE FACTURE : 04/02/2020		EDITEE LE : 04/02/2020		PAR: AZEDIN	<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										





N° IPP : 1131947	N° SEJOUR : 200010487	FACTURE N° 2003000848				DATE D'ENTREE : 06/02/2020		DATE DE SORTIE : 06/02/2020				
ASSURE :						DESTINATAIRE :						
MALADE : KHARBOUCH, Samira		UF: 5003 RADIOLOGIE				KHARBOUCH, Samira						
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		ECHO-DOPPLER CARDIAQUE	CX13	1.00	650.00	650.00					0.00	650.00
Intervenant : 02052017 DR ZOHEIR FATIMA CARDIOLOGUE				TOTaux :		650.00						650.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:		
				REMISE :		0.00	REGLE	650.00		AVOIR:		
				RESTE DU:		0.00						
DATE FACTURE : 06/02/2020		EDITEE LE : 06/02/2020		PAR: SAAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghalef				
						BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
						N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				

CARDIOLOGIE CNSS DERB GHALLEF

ECHOCARDIOGRAPHIE

Nom KARBOUCH, SAMIRA

Id patient KARBOUCH

2D		M-Mode	Doppler
VGd Long(4cav)	6.8 cm		VM E Vit 0.50 m/s
Vol.VG.tD (sim.4cav)	40 ml		VM T.déc 322 ms
VGs Long(A4C)	4.6 cm		VM Pente Dec 1.5 m/s ²
Vol.VG.tS (sim.4cav)	14 ml		VM A Vit 0.74 m/s
FE VG (sim.A4C)	66 %		VM E/A Ratio 0.67
Vol. Eject. (simpson A4C)	27 ml		E' 0.10 m/s
			E/E' 5.23
			IT Vmax 2.27 m/s
			IT GDmax 20.52 mmHg

Conclusion :

BONNE FEVG A 70% .PAS DE TROUBLE DE LA CINETIQUE VG .

PRESSIONS DE REMPLISSAGE BASSES E/E" A5

FUITE MITRALE TRES MINIME .PAS DE DILATATION DE OG

SIGMOIDES AORTIQUES DISCRETEMENT REMANIEES .FUITE AORTIQUE MINIME CENTRALE .PAS DE DILATATION DE L AORTE INITIALE A28MM

BONNE FONCTION VD .TAPSE A34MM

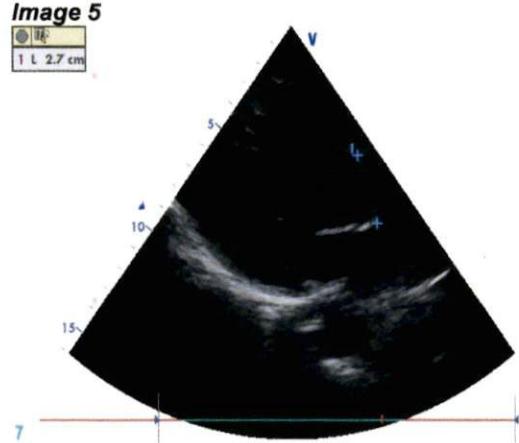
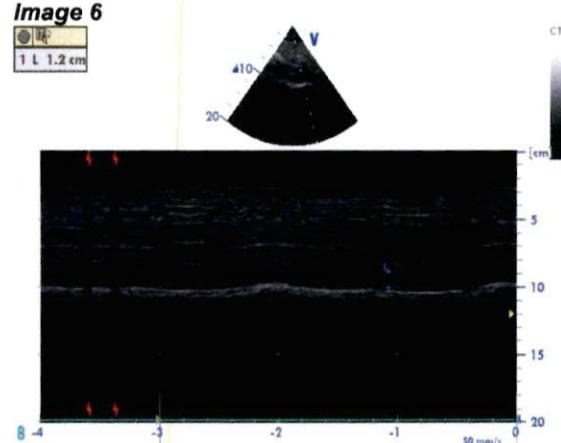
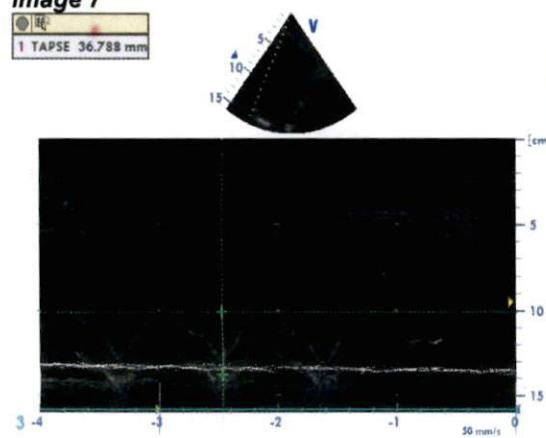
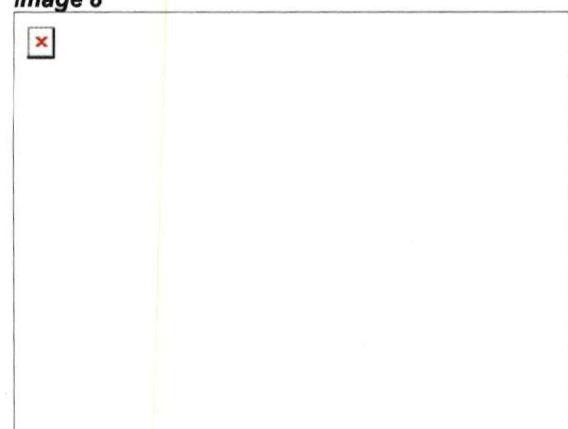
PAS D HTAP .PAPS A25MMHG.VCI NON DILATEE COMPLIANTE .

PAS D EPANCHEMENT PERICARDIQUE

Date 06/02/2020



Dr.ZOHRA EL FAKIR
Cardiologue
CNSS Derb Ghallef

Image 5**Image 6****Image 7****Image 8**

CARDIOLOGIE CNSS DERB GHALLEF

ECHOCARDIOGRAPHIE

GE Healthcare
VIVID S6

Name **KARBOUCH, SAMIRA**
Birthdate
Patient Id **KARBOUCH**
Height
Weight

Date **06/02/2020**
Sonographer **Default user**
Referral Dr.

Image 1

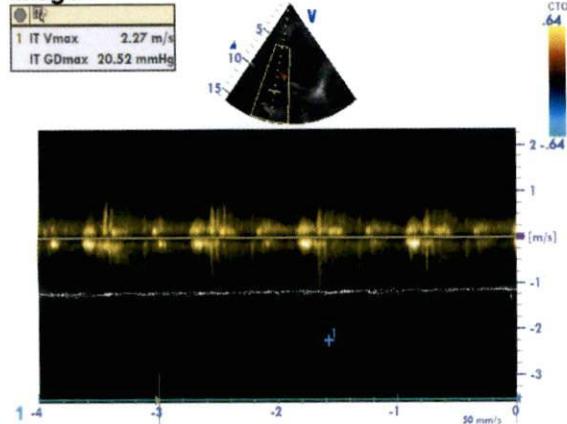


Image 2

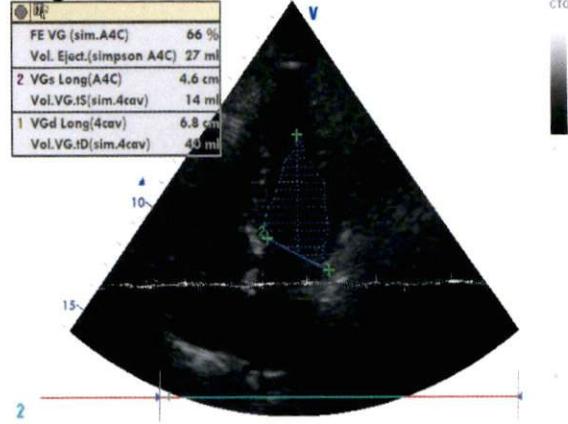


Image 3

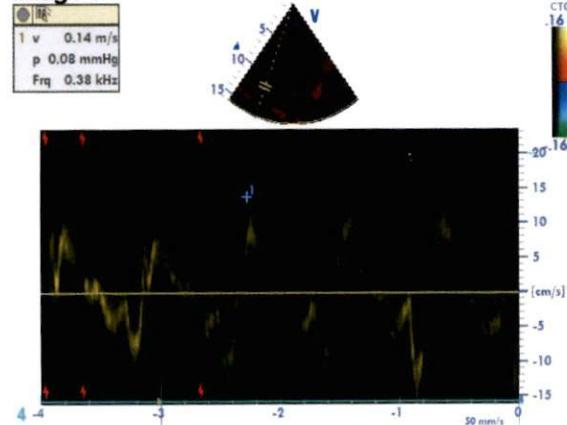
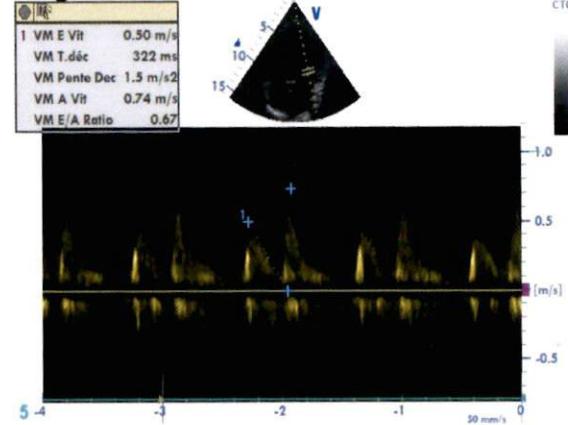


Image 4



CARDIOLINE DELTA3

00:41 21-JUN-95

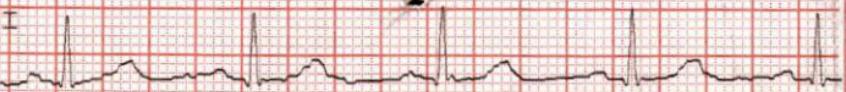
REMCO ITALIA

CARDIOLINE DELTA3

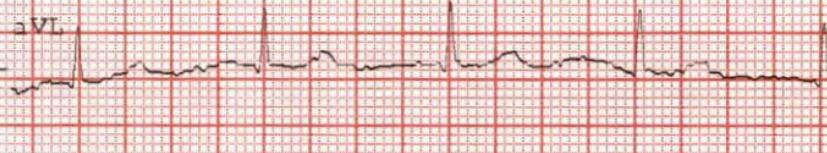
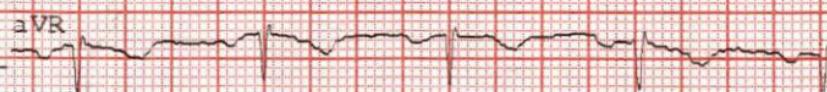
00:41 21-JUN-95

REMCO ITALIA

Ishar bouch Samira



412120



CARDIOLINE DELTA3 00:41 21-JUN-95
REMCO ITALIA

CARDIOLINE DELTA3 00:41 21-JUN-95
REMCO ITALIA

V1

V4

V2

V5

V3

V6

+4