

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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

La 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 067765

ND:30942

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2033 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Dounia LARBI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-067765

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Thérapeutique :

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

Reclamation : 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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 : 2033 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DOUDOU LARBI

Date de naissance : 01/01/1943

Adresse : 11 Résid TAHIR Rue Abou Abès El Jiroudi Apt N.1

CASABLANCA

Tél. : 05 22 40 64 76 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/05/2020

Nom et prénom du malade : DOUDOU LARBI Age : 77

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DL

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 : CASA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Yousry

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
20/07/2020	Actes	5	80.-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Madame Farah FACHAOUI Bd. Bahdja, Angle Rue Al IRAQUI - Casablanca Tél. 022 2...	26-05-2020	129.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	20/05/2020	ECHOGR	24,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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]

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

المغربية الملكية
Kingdom of Morocco



صادر

ORDONNANCE

POLYCLINIQUE



درب غلاف

DERB GHALLEF

Le 20/05/2020

Doudou Larbi



79,50

1 | Carbextane

9P

Lot : 190814
À consommer de
préférence avant le : 12/2022
PPC : 79,50 DH

40,00

2 | Anti-Spa

9P x 36 PPV 40.00 DH

119,50

1P. TALEB Sophie
Service des urgences
Polyclinique UH2 Derb Ghallef

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 :	1143963	N° SEJOUR :	200027216	FACTURE N° 2005016987				DATE D'ENTREE :	20/05/2020	DATE DE SORTIE :	20/05/2020
ASSURE :								DESTINATAIRE :	DOUDOU,Larbi		
MALADE :	DOUDOU,Larbi				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.											
CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00	

Intervenant :	02012018 DR TALEB SOPHIA GENERALISTE	TOTAUX :	80.00							80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
QUATRE-VINGT DHS			REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
DATE FACTURE :	20/05/2020	EDITEE LE :	20/05/2020	PAR :	MOURAD	RESTE DU:	80.00			
VISA			ACCIDENT DE TRAVAIL :							
		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								

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 20/05/2020



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

Patient (e) : DOUDOU LARBI

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Météorisme digestif diffus avec aérocolie.

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.

Pancréas partiellement exploré masqué par les gaz digestif.

Les deux reins et la rate sont normaux.

Absence d'épanchement intra-péritonéale.

Hypertrophie prostatique diffus à 67g.

CONCLUSION :

Météorisme digestif diffus avec aérocolie.

Hypertrophie prostatique diffus à 67g.

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

Dr A. BENNANI

DR BENNANI BTEL ASRAA
Medecin Radiologue

ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
D. DERS CHAILLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

N° 010966

Nom du Service Médical
demandeur code

NOM DU MALADE

N° S.N.S. ou Mutuelle

Re направление клинике

Examen demandé

D.L. Abdominal
diffus sans trouble de
Transit
+ Nausées

Echographie
Abdominal
DR. TALEB Sophia
Service des Urgences
Polyvalente CNSS Durb Grana
Le Médecin Traitant

12

PC

RA

URGENT

RAMDE

NON

N° IPP :	1143938	N° SEJOUR :	200027180	FACTURE N° 2003002769		DATE D'ENTREE : 20/05/2020		DATE DE SORTIE : 20/05/2020				
ASSURE :			DESTINATAIRE :			DOUDOU,Larbi						
MALADE :	DOUDOU,Larbi		UF: 5003 RADIOLOGIE									
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	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
			CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE		ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00
Intervenant : 2042013 DR BENNANI RTEL ASMAE (RADIOLOGUE)				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 : 20/05/2020		EDITEE LE : 20/05/2020		PAR: ZBIRY		<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										

Voluson
P6

310892SUS-20-05-20-1

12L-RS/PÉD

MI 1.2

POLYCLINIQUE CNSS D GHALEF

6.2cm/1.0/24Hz

TIs 0.4

20.05.2020

2:44:31 PM

Abdomen

13.00 - 4.50

100dB

Gn -2

C7 / MB

P4 / E1

SRI II 3

Voluson
P6



Voluson
P6

310892SUS-20-05-20-1

4C-RS/ABD

MI 0.9

POLYCLINIQUE CNSS D GHALEF

15.1cm/1.1/24Hz

TIs 0.5

20.05.2020

2:43:27 PM

Abdomen HR.

Har-Moyenne

100dB

Gn -10

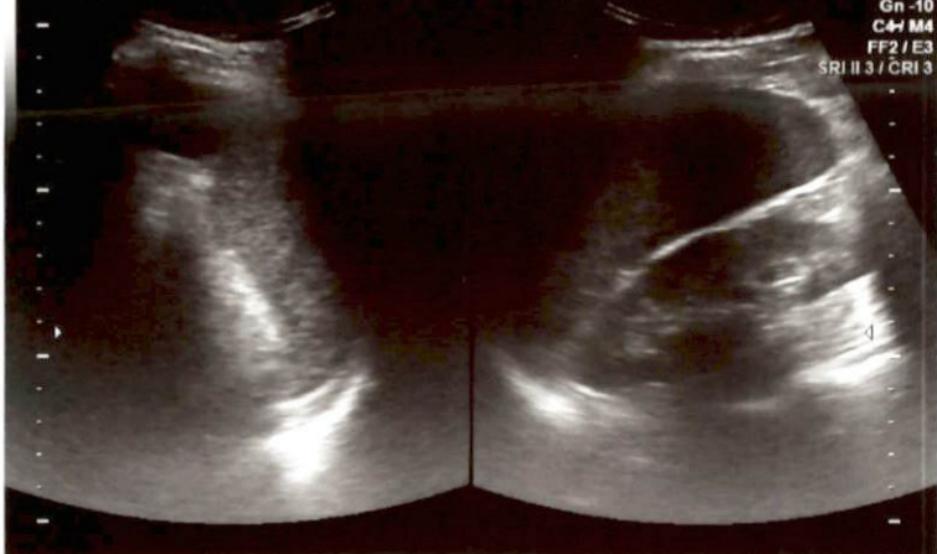
C4J M4

FF2 / E3

SRI II 3 / CRI 3

Voluson
P6

Voluson
P6



Voluson
P6

310892SUS-20-05-20-1

4C-RS/ABD

MI 0.9

POLYCLINIQUE CNSS D GHALEF

13.4cm/1.1/27Hz

TIs 0.5

20.05.2020

2:42:40 PM

Abdomen HR.

Har-Moyenne

100dB

Gn -10

C4J M4

FF2 / E3

SRI II 3 / CRI 3

Voluson
P6

Voluson
P6



