

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## Radiologie 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.

## Rééducation :

- 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-491118

WD - 31/4/0

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <b>8488</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>ABDESS</b> <b>WATSI</b>			
Date de naissance : <b>21/10/1961</b>			
Adresse : <b>Derb Jbelay Bousbaâche Rouds</b>			
Tél. <b>0661888631</b>	Total des frais engagés : <b>N° 31</b>		

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <b>15-02-2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Dr Abdellah Di Verdi</b>			
Age : <b>59</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : <b>PF</b> <b>Legume</b>			
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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_ 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
15/12/2020	Acte	1.50	1.50	Dr. A. BENDAHMA
23/03/2020	Acte	1.50	1.50	Dr. A. BENDAHMA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. A. BENDAHMA	15/12/2020	1.50
Dr. A. BENDAHMA	23/03/2020	1.50

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

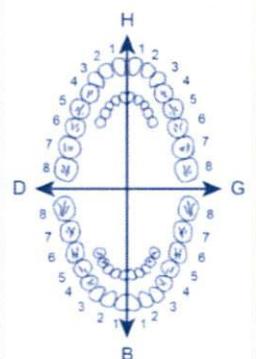
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. A. BENDAHMA	23/03/2020	ECHO	200 D.H.

## AUXILIAIRES MEDICAUX

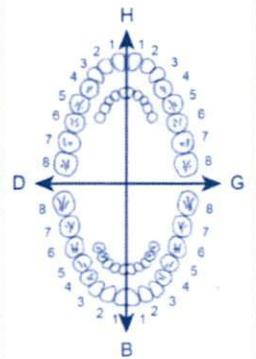
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



## درب غلې

DERB GHALLEF

## وَصْفَةُ

## ORDONNANCE

Le 23/03/2020

an- A3w~~o~~ wəhīB

118,50  
2000  
Vig. 2000

30 min. want 4 ps

163° 2' - Camirex (Sachet)

≈ 124<sup>80</sup>

**Dr. A BENDAHMAN**  
Hépatogastroentérologue  
**CASABLANCA**

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 20 إلى 05 22 86 30 - فاكس : 05 22 86 42 05  
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

No. de lot :

180118

Date de fabrication:

3/2018

Date de péremption:

3/2021

I.M.P



6 045050 086314

PPV 118DH50

EXP 12/2021

LOT 9N047 1



وصفة  
ORDONNANCE

نمبر 10215

Dr Abdellatif Mokhtar

Dr Abdellatif Mokhtar (Dacte 11)

ISIJ x S.V



Dr. A. Mokhtar  
Hépatogastroentérologue  
CASABLANCA





INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghallef

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 23/03/2020

Patient (e) : ABOUDI WAHIB

### ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Foie taille normale, de contours réguliers, échostructure homogène

Vésicule biliaire ne présente pas d'anomalies pariétales ou endoluminales.

Absence de dilatation des voies biliaires.

Tronc porte perméable.

Rate et pancréas taille et échostructure normale.

Reins taille normale, contours réguliers, parenchyme bien différencié, cavités non dilatées.

Absence d'épanchement intra péritonéal

Vessie en réplétion moyenne ne présente pas d'anomalies endoluminale ou pariétale.

Absence de collection profonde décelable.

I.R.M  
(1.5 Tesla)

Scanner  
(Corps Entier)

Radiologie  
Numérique

Echo-Doppler  
(Couleur)

DR CHERKAOUI AICHA

Dr. CHERKAOUI AICHA  
MEDECIN RADIOLOGUE  
T.P: 18798652

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 : 1134872	N° SEJOUR : 200014430	<b>FACTURE N° 2002004325</b>				DATE D'ENTREE : 19/02/2020		DATE DE SORTIE : 19/02/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ABOUDI,Wahib		
MALADE : ABOUDI,Wahib		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.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE										

Intervenant : 02022017 DR BENDAHMANE ASMAE GASTRO-ENTEROLOGIE	TOTAUX :	150.00							150.00		
Arrêtée la présente facture à la somme de :		CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR:		
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 19/02/2020	EDITEE LE : 19/02/2020	PAR: AZEDIN	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 : 1134872	N° SEJOUR : 200022315	<b>FACTURE N° 2002006522</b>				DATE D'ENTREE : 23/03/2020		DATE DE SORTIE : 23/03/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ABOUDI,Wahib		
MALADE : ABOUDI,Wahib		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.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE										

Intervenant : 02022017 DR BENDAHMANE ASMAE GASTRO-ENTEROLOGIE			TOTALS :		150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
CENT CINQUANTE DHS			REMISE :		0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
			RESTE DU:		0.00					
DATE FACTURE : 23/03/2020		EDITEE LE : 23/03/2020	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								

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 : 1140492	N° SEJOUR : 200022299	<b>FACTURE N° 2003002569</b>				DATE D'ENTREE : 23/03/2020				DATE DE SORTIE : 23/03/2020			
ASSURE :						DESTINATAIRE : ABOUDI,Wahib							
MALADE : ABOUDI,Wahib		UF: 5003 RADIOLOGIE											
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 :												
NATURE DE PRESTATION	LETTER 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													
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00			

Intervenant : 12092016 DR CHERKAOUI OMARI AICHA RADIOLOGUE			TOTALS :		200.00								200.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :										ACOMPTE :	
DEUX CENTS DHS			REMISE : 0.00		REGLE : 200.00								AVOIR :	
			RESTE DU : 0.00											
DATE FACTURE : 23/03/2020			EDITEE LE : 23/03/2020		PAR: SAAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA			N° DE POLICE :										DATE AT :	
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef									
			BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA									
			N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31									