

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.

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.

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.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 068662

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3191 Société : 315135

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ADNANI ADIN

Date de naissance : 1956

Adresse : 13 rue des Flamands 919 RIVISRA CASN

Tél. : 0665169025 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/09/2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Raccourci de la colonne vertébrale

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 : CASN Le : 22/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
22/06/20				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

22-06-2020

320,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

24/06/2020 Rx

24/06/2020 EC 10

170,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

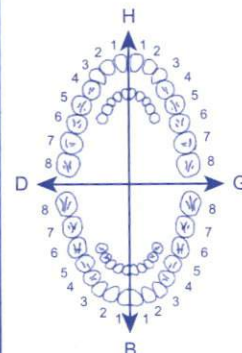
Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

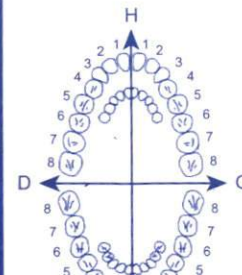
(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS





وصفة
ORDONNANCE



Le 22/06/20

Adm
A

PHARMACIE LA BRISE
Rue Abdou Abbes AL AZRI
Marrakech
Tél: 05 22 99 07 10
Fax: 05 22 99 07 03

①
87,40

15
up / pl 14

up up

①
22,60

Codolip

1 up 3 / pl 05

aptes

③
22,60

④
up / pl 14

TRAUMATOLOGIE CHIRURGIE
POLYCLINIQUE CNSS ZINAKOUT
DR. ABDEL EL FADEL OMAR
Rue Mohammed VI - Casablanca - Tél: 05 22 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

زنفة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 86 30 20 إلى 27 - Fax: 05 22 86 42 05

83,90

Newflies Cool Fresh
App 22/10

Qxy 300

14/10 pt 20
le soir

328,30

DR. ABOU EL FADEL OMAR
TRAUMATOLOGUE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

PHARMACIE LA BRISE
38, Rue Abou Abbas Al Azili
Maaïrif Casablanca
Tél: 05 22 99 07 10
Fax: 05 22 99 07 03

ISOPHARM
LOT 181104
MFD 11/18
83600DH



New Care AG, CH-4452 Itingen
Kreilistr. 65, 81673 München / Germany

87,40

LOT 190679
EXP 01/2022
PPV 52.80DH

Lot / Batch n°:

Exp. date:

PPC (DH):

82,00

730 078.01.19

PPV: 22DH20
PER: 01/22
LOT: J035



ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
DERB GHALLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

N° 020695

Nom du Service Médical
demandeur code

NOM DU MALADE

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignement Clinique

Examen demande

Z =

PC

=

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

Le Médecin Traitant

24 x 30

36 x 43

35 x 35

18 x 24

Biffer les mentions inutiles

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 : 1149697		N° SEJOUR : 200034672		FACTURE N° 2003004229		DATE D'ENTREE : 24/06/2020		DATE DE SORTIE : 24/06/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE : ADNANI,Amina							
MALADE : ADNANI,Amina											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 438055 DR CHIKHAOU NABIL (RADIOLOGUE)		TOTAUX :		200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	200.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 24/06/2020		EDITEE LE : 24/06/2020		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				



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 : 1149661	N° SEJOUR : 200034634	FACTURE N° 2003004214	DATE D'ENTREE : 24/06/2020	DATE DE SORTIE : 24/06/2020
ASSURE :			DESTINATAIRE : ADNANI, Maina	
MALADE : ADNANI, Maina NOM JEUNE FILLE :			UF: 5003 RADIOLOGIE	
TIERS PAYANT 1 : TIERS PAYANT 2 : REF. PC 1 : REF. PC 2 :			N° IMMAT C.N.S.S. : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : 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
ACTES DE RADIOLOGIE										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	17.00	10.00	170.00					0.00	170.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .	TOTAUX :	170.00				170.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DIX DHS		PLAFOND PC :					
		REMISE :	0.00	REGLE :	170.00	ACOMPTE :	
		RESTE DU :	0.00			AVOIR :	
DATE FACTURE : 24/06/2020	EDITEE LE : 24/06/2020	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				

ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
DERB GHALLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

N° 020695

Nom du Service Médical
demandeur code

☐

NOM DU MALADE

Ahmed Amine

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignement Clinique

Examen demande

Echo graphie Epule
(kyste à la base
epimer?)

Le Médecin Traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24 x 30

36 x 43

35 x 35

18 x 24

Biffer les mentions inutiles

Dr. ABDEL FADEL OMAR
TRAUMATOLOGUE VACATAIRE
POLYCLINIQUE C.N.S.S. ZIRAOU



Casablanca le : 24/06/2020

Patient (e) : ADNANI AMINA

ECHOGRAPHIE DE LA COIFFE DES ROTATEURS DROITE

Aspect légèrement épaissi du tendon sus épineux gauche chiffré à 7,5mm avec un aspect hypoéchogène de ses contours en rapport avec une tendinose.

Absence de fissure ou de rupture à son niveau.

Le tendon long biceps est en place dans sa gouttière, le tendon sous scapulaire morphologie normale.

Absence de calcification ou d'épanchement au niveau des bourses séreuses.

Absence d'épanchement articulaire.

Trophicité normale des muscles biceps, triceps et deltoïde.

CONCLUSION

Aspect de tendinose du sus épineux droite.

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

Pr CHU Nabil
Radiologue
Polyclinique CNSS
Derb Ghalef



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 24/06/2020

Patient (e) : ADNANI MAINA

RADIOGRAPHIE DE L'EPAULE F/P

Minéralisation osseuse normale.

Articulation scapulohumérale de morphologie normale

La hauteur sous acromio humérale est de morphologie normale.

Absence d'anomalies architecturales osseuse ou des parties molles.

CONCLUSION

Radiographie de l'épaule droite ne révélant pas d'anomalies.

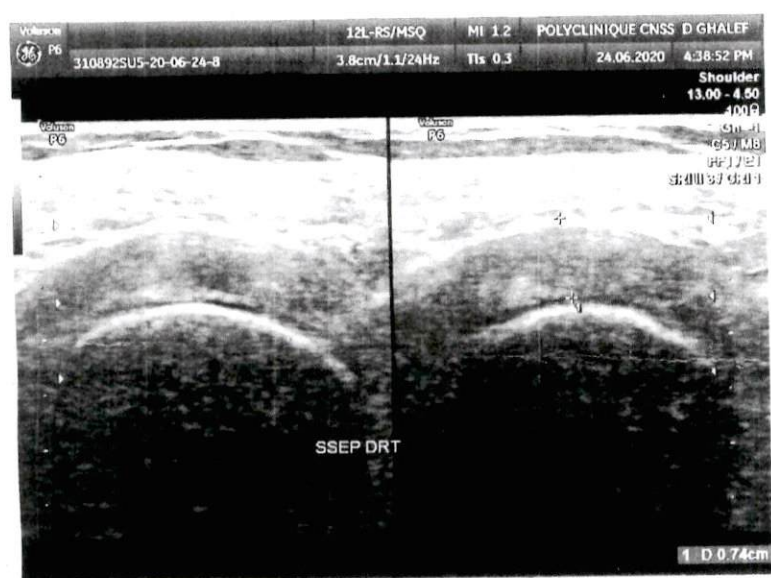
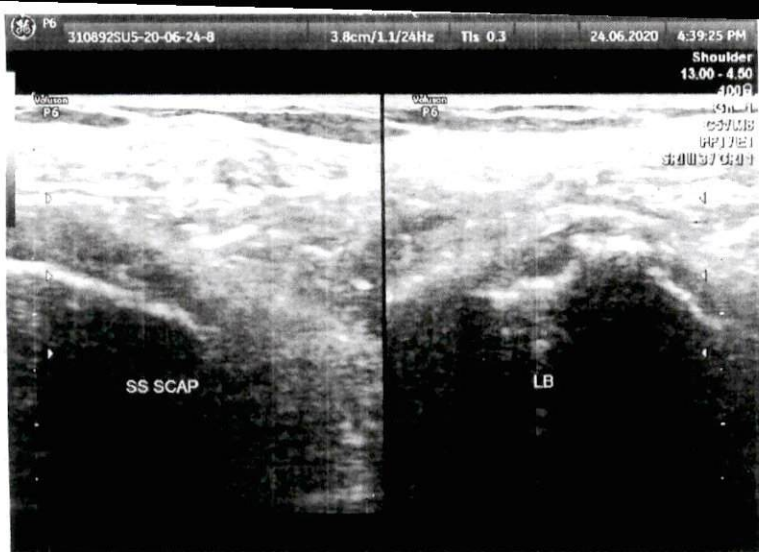
☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

Dr. Mohamed El Ghannouchi
Polyclinique CNSS DERB GHALEF
INPE 23076708



POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
 e la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
 CASABLANCA
 522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
 : 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

P : 332947		N° SEJOUR : 200033917		FACTURE N° 2002007765		DATE D'ENTREE : 22/06/2020		DATE DE SORTIE : 22/06/2020				
URE :				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : ADNANI,Amina						
LADE : ADNANI,Amina												
M JEUNE FILLE :												
ERS PAYANT 1 :												
ERS PAYANT 2 :												
EF. 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		
CONSULTATION DE MEDECIN.												
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE		CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	
Intervenant : 27092019 DR ABOU EL FADEL OMAR ORTHOPEDISTE					TOTAUX :	150.00					150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE :		
					REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :	
					RESTE DU :		150.00					
DATE FACTURE : 22/06/2020					EDITEE LE : 22/06/2020		PAR: ZBIRY		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					