

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0042876

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 575

Société : 39677

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

EL HAY. Abdellah

Date de naissance :

01-01-1943

Adresse :

Moubaraka - El Qadiss B. 65. N° 03 -
BERNASSI - CASA

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

Conjoint

Enfant

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] : _____

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
19/08/2020	C			<i>PT CHIRURGIE CNSS Radiologue Service des Urgences Hôpital Abderrahmane Sidi Ghaffar Dr. ZGUENDI Abderrahmane</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/08/2020	<i>PT CHIRURGIE CNSS Radiologue Hôpital Abderrahmane Sidi Ghaffar</i>	

AUXILIAIRES MEDICAUX

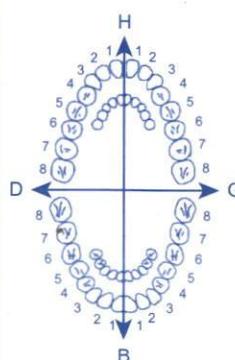
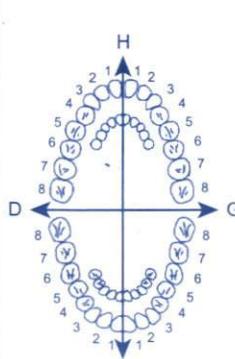
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	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'EXECUTION

SECURITE SOCIALE
DERB GHALLEF

N° 010966

NOM DU MALADE

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignement Clinique

Examen demande

ANT. Asthme

Dyspnée

TQ9 thoracique

Dr. ZEYENI Abderrahmane
Service des Urgences
polyclinique S.S Derb Ghallef
Le Médecin Traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

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 :	1160517	N° SEJOUR :	200049313	FACTURE N° 2005029744				DATE D'ENTREE : 19/08/2020 DATE DE SORTIE : 19/08/2020					
ASSURE :								DESTINATAIRE : EL HAY,Abdellah					
MALADE : EL HAY,Abdellah NOM JEUNE FILLE :				UF: 5002 URGENCES 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 :		LETTER CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
NATURE DE PRESTATION		% / Dh	MONTANT					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT		
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNIT° OXYGENOTHERAPIE PAR DEMIE HEURE		FURG15	1.00	100.00	100.00						0.00	100.00	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE GENERALISTE		C	1.00	80.00	80.00						0.00	80.00	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					50.00						0.00	50.00	
FOURNITURES MEDICALES					27.54						0.00	27.54	

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)		TOTaux : 257.54								257.54	
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE SEPT DHS ET CINQUANTE QUATRE CENTIMES				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
				REMISE : 0.00		REGLE :				AVOIR :	
				RESTE DU: 257.54							
DATE FACTURE : 19/08/2020		EDITEE LE : 19/08/2020		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					

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 :	1160517	N° SEJOUR :	200049314	FACTURE N° 2005029745			DATE D'ENTREE :	19/08/2020	DATE DE SORTIE :	19/08/2020
ASSURE :							DESTINATAIRE :	EL HAY,Abdellah		
MALADE :	EL HAY,Abdellah			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	
ACTES DE RADIOLOGIE	TDM	TDM	1.00	1000.00	1000.00		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
TOTAL										

Intervenant :	438055 DR CHIKHAOUI NABIL (RADIOLOGUE)	TOTAUX :	1000.00						1000.00
---------------	----------------------------------------	----------	---------	--	--	--	--	--	---------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE

PLAFOND PC :					ACOMPTE:
--------------	--	--	--	--	----------

REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR:
----------	------	---------	--	--	--------

RESTE DU:	1000.00				
-----------	---------	--	--	--	--

DATE FACTURE : 19/08/2020

EDITEE LE : 19/08/2020 PAR: MOURAD

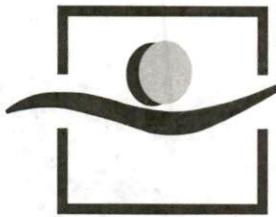
VISA



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



FICHE DE REFERENCE 014128

IDENTITE DU PATIENT

NOM ET PRENOM : Abdullah El Hay

DATE ET HEURE DE REFERENCE : 19/08/20

AGE : 77 ans

IDENTIFIANT DE LA CMB OU AUTRES DOCUMENTS :

ADRESSE : 61 Bernoussi

MOTIF DE REFERENCE :

Patient asthmatique qui présente une dyspnée avec SaO₂ à 54% s/02 TA = 10/8 PCR en cours

LIEU DE REFERENCE : Voir Réanimat au CHU IBN Rochd

AUTRES INFORMATIONS :

NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN

CONTRE REFERENCE

NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN