

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

- 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.

N° W19-474924

39187

Maladie

Dentaire

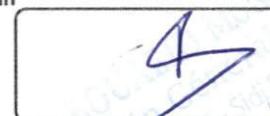
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 06415	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : GOURTY L'HASSANE			
Date de naissance : 01/07/1964			
Adresse : No 31 , rue des orangiers Ain Sebaeza casa			
Tél. : 0676681495	Total des frais engagés :	26100	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : GOURTY Fatima EZZAHRA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douleurs abdominales + vomissements

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 08/07/2010

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/07/2010



ACCUEIL

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
09/10/2013	1203	KMO	302,56	INP : 07118894 f

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Inn 516 - 12 - Cte N° 1 Qods S. Béchara - 70371	28.8.23	226,30 DA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/08/2022	200.00	MRAQIN FATIMA Radiologue Polyclinique CNSS Bamoussi

AUXILIAIRES MEDICALS

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

وصفة
ORDONNANCE

le 08/08/20

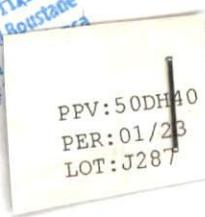
Goudi

E-2

5040



PHARMACIE AL HAND
h.n.m.G3G-M2-Cité S.Bernoussi
Al Qods S.Bernoussi
Tél: 05.22.73.42.45



1) Neuryleg. 2mg x 8

2810



2) Vogaine 100mg x 14 (grande)

9500



3) Extra - Mag. 100mg x 15

5280



4) Cedex 100mg x 15
Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72

T. 226,30

LOT 191340
EXP 04/2022
PPV 52.80DH

NO - DOL FEN 400MG
CP PELL B30

P.P.V : 30DH00

LOT : 20E006
PER : 01.01.2023



6 118000 061878

30,00

1) Mo-dol for long





Le devoir de vous protéger

2001
POLYCLINIQUE



BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

SERVICE DEMANDEUR :

08/08/20

NOM DU PATIENT :

Gonçalves

CNSS OU MUTUELLE :

RENSEIGNEMENT CLINIQUE		EXAMEN DEMANDE			
	PC	K	URGENT	RAPIDE	NON URGENT
Douleur			abdominal		

chirurgie + imagerie

SIGNATURE & CACHET DU MEDECIN



Pli à joindre à la D.E.P

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur :

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT



Nom GOUHÉ Prénom : F-2

1) Date de la constatation de l'état de malade :

07/08/2020

2) Renseignements cliniques sommaires :

Douleurs abdominales
+ Nausees

3) Traitement envisagé et actes :

Ko - UVP
- Pansement le pér.
- chir. opér.

2) Durée prévisible du traitement :

A CMS LE 14/08/20

Signature

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

HAY EL-QODS

20600 CASABLANCA

Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72

INPE: 090001546 ICE: 09757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	538447	N° SEJOUR :	200024791
----------	--------	-------------	-----------

FACTURE N° 2005006597

DATE D'ENTREE : 09/08/2020 DATE DE SORTIE : 09/08/2020

ASSURE :

MALADE : GOURTI, Fatima Zahra

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. :

DESTINATAIRE :

GOURTI, Fatima Zahra

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 COTES EN K										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				51.00					0.00	51.00
FOURNITURES MEDICALES				26.56					0.00	26.56

Intervenant : 100088 DR. BOUABID MOUNIR

TOTAUX :

302.56

302.56

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT DEUX DHS ET CINQUANTE SIX CENTIMES

PLAFOND PC :

REMISE :

0.00 REGLÉ :

ACOMPTE :

AVOIR :

DATE FACTURE : 09/08/2020

EDITEE LE : 09/08/2020 PAR: MOSTAR

ACCIDENT DE TRAVAIL

VISA

N° DE POLICE

DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

BANQUE :

BMCE - BERNOUSSI

N° compte bancaire :

0117800004921006006888



POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

HAY EL-QODS

20600 CASABLANCA

Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72

INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	538447	N° SEJOUR :	200025474	FACTURE N° 2004009160				DATE D'ENTREE :	13/08/2020	DATE DE SORTIE :	13/08/2020	
ASSURE :								DESTINATAIRE :				
MALADE :	UF: 5003 RADIOLOGIE				GOURTI,Fatima Zahra							
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	ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00	

Intervenant : 99945 DR. EL AMRAOUI FATIMA (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 : 13/08/2020 EDITEE LE : 13/08/2020 PAR: MOSTAR				ACCIDENT DE TRAVAIL : <i>[Handwritten signature]</i>							
VISA				N° DE POLICE : <i>[Handwritten number]</i> DATE AT :							
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI							
				BANQUE : BMCE - BERNOUSSI							
				N° compte bancaire : 01178000049210006006888							



RADIOLOGUE :
MEDECIN DEMANDEUR
DR

Nom : GOURTI
Prénom : FATIMA ZAHRA
DATE : 13/08/2020

EXAMEN ECHOGRAPHIQUE : ABDOMINAL

RESULTAT

- Foie de taille normale , d'échostructure homogène , et de contours réguliers.
- Les VSH et le TP sont de morphologie et de trajet normaux.
- VBIH et EH non dilatées.
- Vésicule biliaire non distendue à paroi fine , alithiasique
- Pancréas de taille normale , d'échostructure homogène et de contours réguliers
- Rate d'échostructure et de taille normale.
- Les deux reins sont de situation, de morphologie ,et de taille normale, présentant une bonne différenciation parenchymo-rénales.
- Absence de dilatation des CPC rénales .
- Absence d'ADP à l'étage sus mesocolique
- Absence d'épanchement péritonéal .

AU TOTAL

- Absence d'anomalie abdominale visible ./.

SENTIMENTS CONFRATERNELS

