

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.

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

46732 ①

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011128

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6644**

Société : **Retraite**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BALAHNA Belkacem**

Date de naissance : **15/04/1957**

Adresse : **Sekelia 1 Rue 15 NR 8 Hay Hassan Carr**

Tél. : **0614 375885** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **1/9/20**

Nom et prénom du malade : **AARHIC Fouad** Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Prise en RD / tuberculose**

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 :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/07/2016 | consultation | 6 | | CHOUJI W Signature de la Polyclinique CS Deth Ghzira |

EV KHOULI W
Lamontagne Valarie
CHHS Delt Grie. Tel:

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE AL HAKIM Dr. ALAOUI BOUCHRA 100, Rue Anglaise - Ed. Sekella Oulata CASABLANCA - Tel: 0522 90 71 60 | 11/9/2020 | 263.80 |
| PHARMACIE AL HAKIM Dr. ALAOUI BOUCHRA 100, Rue Anglaise - Ed. Sekella Oulata CASABLANCA - Tel: 0522 90 71 60 | 08/10/2020 | 218.00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|--------------------------|
| | 06/10/2012 | le 400,- | BRUNNEN GRAEF |

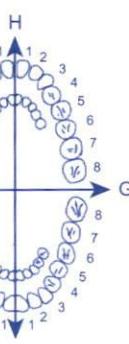
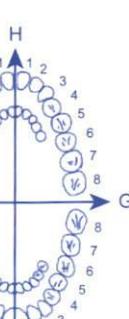
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 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 | | | |
|  | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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



Le .. 119/02

AARHUS Fohu

~~80, w202
160, ²⁰ An 5~~

~~160^o~~ An snub

~~103⁸⁰ hours~~

~~76² to 80²~~ 76²
~~hours 40²~~ 76²

263,80

treats I do 2 w's



وصفة
ORDONNANCE

صحة
POLYCLINIQUE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 8/10/20

AARAK Fehim

168.20

Augmentin S 1g



49.80 1s x 21 - 8

F10 8/1 ep 5m



1s x 21 - 8

218.00

EL KHOULI W
Néphrologue Vaccinaire à la Polyclinique
CNSS Derb Ghallef

PHARMACIE AL HAKIM
Dr ALAOUI BOUCHRA
168, Rue Agdal 100 Lot. Settat Oufella,
CASABLANCA - Tel : 0522 90 71 60



PPV: 168,20 DH
LOT: 625100
PER: 09/21
AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets





LOT: 190010
PER.: 10/2023

LOT: 20E012
PER.: 12/2023

LOT: 20E013
PER.: 12/2023

LOT: 20E012
PER.: 12/2023

LOT: 20E012
PER.: 12/2023

O

O

O





INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

DUPPLICATA

Casablanca le : 06/10/2020

Patient (e) : AARAK FATIMA

ECHOGRAPHIE ABDOMINO PELVIENNE

Présence d'épanchement intra péritonéal estimé à 3l.

Foie homogène de volume normal de contours réguliers.

Vésicule biliaire alithiasique à paroi fine.

Voie biliaire principale et tronc porte de calibre normal.

La rate et le pancréas sont normaux.

Les deux reins sont de petite taille.

Rein droit : 6,8cm

Rein gauche : 7cm

Dédifférencié et non obstructif.

Absence d'ascite ou d'adénopathie profonde.

Vessie de capacité normale de contours réguliers.

Utérus de taille et d'échostructure normales.

La ligne de vacuité est présente et en place.

Les deux ovaires sont de taille et de morphologie normale.

Absence de masse annexielle.

CONCLUSION

Reins IRC.

Epanchement intra péritonéal de 3l.

Echographie abdominopelvienne sans particularité par ailleurs.

Dr A.BENBRAHIM

Dr. ABDELLAH BENBRAHIM
Polyclinique CNSS DERB GHALLEF
INPE 21076708
Médical Radiologie

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

ue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

0100 CASABLANCA

tél: 0522-863021/27 Fax: 0522-864205 RDV: 0522-863020

NPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|----------------------------------|---------------|------------------|------------------|--|----------------|-----------------------------|----------------|--------------|----------------|---------|
| 1 ^{er} IPP : 1170215 | N° SEJOUR : 200062672 | FACTURE N° 2005038164 | | | | DATE D'ENTREE : 06/10/2020 | | DATE DE SORTIE : 06/10/2020 | | | | |
| ASSURE : | MALADE : | | | | | UF: 5002 URGENCES | | DESTINATAIRE : | | AARAK,Fatima | | |
| JOM 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 | | ECHOGR | 2.00 | 200.00 | 400.00 | | | | | 0.00 | 400.00 | |
| Intervenant : 18102013 DR BENBRAHIM ABDELILAH (RADIOLOGUE) | | TOTaux : | | 400.00 | | | | | | | 400.00 | |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENTS DHS | | | | | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE: | |
| | | | | | | REMISE : 0.00 | REGLE : | | | | AVOIR : | |
| | | | | | | RESTE DU: 400.00 | | | | | | |
| DATE FACTURE : 06/10/2020 EDITEE LE : 06/10/2020 PAR: MOURAD | | | | | | 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 | | | | | | |





CNSS DERB GHALEF HARRAK,
07/10/20 00:17:39 ADM 071020-001605

MI 1.2 TIs 0.4 4C

Abdomen

FR 26
AO% 100



0 - CHI
- Frq 4.0
- Gn 52
- S/A 4/3
- Cte H/0
- D 19.0
5 - DR 75
-
-
10 -
-
-
15 -
-
-



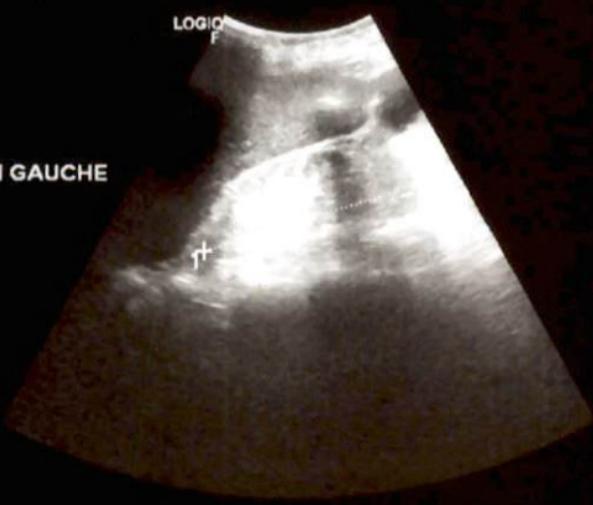
CNSS DERB GHALEF HARRAK,
07/10/20 00:17:06 ADM 071020-001605

MI 1.2 TIs 0.4 4C

Abdomen

FR 26
AO% 100

REIN GAUCHE



0 - CHI
- Frq 4.0
- Gn 52
- S/A 4/3
- Cte H/0
- D 19.0
5 - DR 75
-
-
10 -
-
-
15 -
-
-

1 L 9.29 cm

