

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

rmacie :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Nº P19- 057921

ND: 50828

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule:

2698

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUNZAIGE

loumzaige

Date de naissance :

02/07/1953

Adresse :

Lotis

51 Abderrahmane Rue 29 1160

OUFA

Tél. :

0633529200

Total des frais engagés :

35043

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Youssef YAQOUBI
Médecin Généraliste
INPE : 091183260

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07/11/2020

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
05/14/82	V		150.43	Dr. Youssef YAQOUBI Médecin Généraliste INPE : 091183269

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
	05/14/82	ECHO	200.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

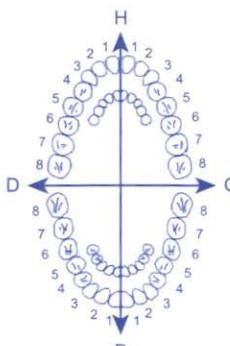
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

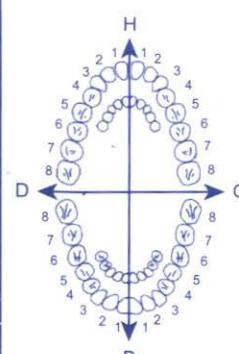
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

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	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

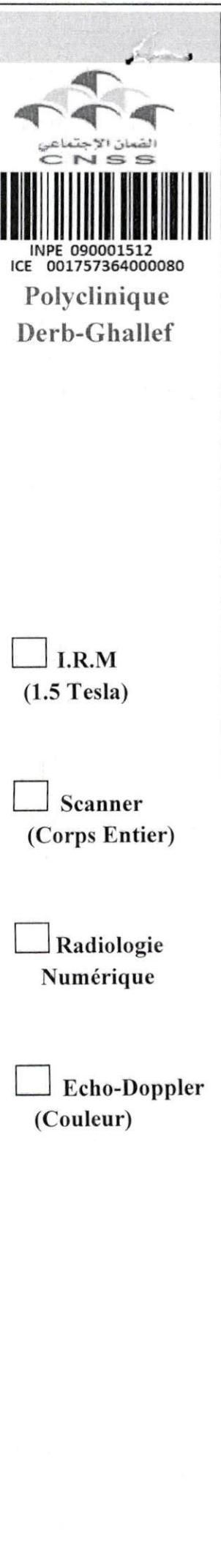
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



Polyclinique
Derb-Ghallef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca ; 05/12/2020

Patient (e) : AFIDOU NAJAT

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

RESULTAT :

Vessie semi pleine à contenu transonore.

Utérus d'aspect normal sans anomalie de contours avec ligne cavitaire fine en place.

Ovaire droit d'aspect normal.

Lésion kystique latéro utérine gauche, à paroi fine sans bourgeon endoluminal, mesurant 36mm de diamètre.

Lame d'épanchement au niveau du Douglas

CONCLUSION :

Kystique latéro utérin gauche d'allure ovarienne.

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

Dr. HASSEN SUMAILI
INPE:091188148
Dr. HASSEN SUMAILI
Cordialement
DR HASSEN S

ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
DERB GHALLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

N° 010966

Nom du Service Médical
Demandeur code

NOM DU MALADE

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignement Clinique

Examen demandé

Dr Youssef Yaqoubi

Bleu
pelvien

Dr. Youssef YAQOUBI
Médecin Généraliste
INPE : 091183269

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:0522-86302
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1182916	N° SEJOUR :	200079880	FACTURE N° 2005049641				DATE D'ENTREE : 05/12/2020		DATE DE SORTIE : 05/12/2020							
ASSURE :								DESTINATAIRE :									
MALADE :	AFRIDOU,Najat	UF: 5002 URGENCES						AFRIDOU,Najat									
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. :															

Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX :	150.43							150.43
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE :	
CENT CINQUANTE DHS ET QUARANTE TROIS CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR :	
	RESTE DU:	150.43							
DATE FACTURE : 05/12/2020	EDITEE LE : 05/12/2020	PAR: KARIM	ACCIDENT DE TRAVAIL					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 : 1182916 N° SEJOUR : 200079881

FACTURE N° 2005049642

DATE D'ENTREE : 05/12/2020

DATE DE SORTIE : 05/12/2020

ASSURE :

MALADE : AFRIDOU,Najat

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

AFRIDOU,Najat

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	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00
ECHOGRAPHIE										

Intervenant : 01072019 DR HASSEN SAMAH 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 : 05/12/2020 EDITEE LE : 05/12/2020 PAR: KARIM

ACCIDENT DE TRAVAIL :

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