

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0042621

145727

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11437 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : GUESSOUS Abdelkrim

Date de naissance : 02/04/1978

Adresse : 64, Rue Curie EL JADIDA

Tél : 0661752615 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. YAQOUBI Youssef  
Médecin Urgentiste  
INPE : 091183209

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/01/2023

Nom et prénom du malade : GUESSOUS Abdelkrim Age : 45

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Sinusite

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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  
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/01/2023

## 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
17/01/2023	M		120,5	Dr. YAGHOUBI Youssef Médecin Urgentiste INPE : 091183203

# 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
	17/01/2023	basilaire	200,5
	2 AM 1 2023	215,5	150,5

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																									
				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 border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghalef

☐ I.R.M  
( 1.5 Tesla )

☐ Scanner  
(Corps Entier)

☐ Radiologie  
Numérique

☐ Echo-Doppler  
(Couleur)

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Le 17.01.2023

Mer GUESSOUS ABDELOUAHED

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

### RESULTAT :

Foie homogène de volume normal de contours réguliers

### **Vésicule biliaire alithiasique**

Voie biliaire principale et tronc porte de calibre normal.

Les deux reins sont de taille normale siegent d'une bonne différenciation cortico sinusale

La rate et le pancréas sont de morphologie normale.

Absence d'ascite ou d'adénopathie profonde.

Vessie de contours réguliers

### CONCLUSION

Echographie abdominale ne révélant pas d'anomalie.

DR. GUESSOUS  
Région de Casablanca  
17.01.2023



POLYCLINIQUE CNSS - 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 : 1354427	N° SEJOUR : 230005632	<b>FACTURE N° 2303002046</b>		DATE D'ENTREE : 17/01/2023		DATE DE SORTIE : 17/01/2023				
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>GUESSOUS,Abdelouahed</b>						
MALADE : GUESSOUS,Abdelouahed		UF: 5003 RADIOLOGIE								
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. :						
NATURE DE PRESTATION	LETRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
	CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED	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 : 17/01/2023	EDITEE LE : 17/01/2023	PAR: BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA	N° DE POLICE :		DATE AT :					
Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef						
BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31						

BILLET D'EXAMEN  
DE RADIOLOGIE

Nom du service médical  
demandeur code



NOM DU MALADE

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Examen demande

Dle  
hypogastrique

Eho abdominal

Dr. YAQOUBI Youssef  
Médecin Urgentiste  
INPE : 091183264

Cachet du médecin



N° IPP : 1354427	N° SEJOUR : 230005641	<b>FACTURE N° 2305001886</b>		DATE D'ENTREE : 17/01/2023		DATE DE SORTIE : 17/01/2023						
ASSURE :				DESTINATAIRE :								
MALADE : GUESSOUS,Abdelouahed		UF: 5002 URGENCES		GUESSOUS,Abdelouahed								
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. :								
NATURE DE PRESTATION		LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL		TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
							% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.												
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F		CN	1.00	120.00	120.00						0.00	120.00

Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE)		TOTAUX :		120.00						120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CENT VINGT DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	120.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 17/01/2023		EDITEE LE : 17/01/2023		PAR: BAKHRI		ACCIDENT DE TRAVAIL				
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :				
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef				
				BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
				N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				





# BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical  
demandeur code



Large rectangular box for the medical service code.



NOM DU MALADE

Gueorgis Abdelouahel

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Examen demande

POLYCLINIQUE ADDAMIAN  
DERB GHALLEF CASABLANCA  
Casse Urgences

AS2

deloul

Cachet du médecin  
Dr. YAOUBI Youssaf  
Médecin Urgentiste  
INPE : 091183261



N° IPP : 1354427	N° SEJOUR : 230005631	<b>FACTURE N° 2303002045</b>		DATE D'ENTREE : 17/01/2023		DATE DE SORTIE : 17/01/2023					
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>GUESSOUS,Abdelouahed</b>							
MALADE : GUESSOUS,Abdelouahed		UF: 5003 RADIOLOGIE									
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. :							
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
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 17/01/2023		EDITEE LE : 17/01/2023		PAR: BAKHRI		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :				
		Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef				
		BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
		N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				