

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0013674

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1545 Société : RAM 156834

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENYASS ABDELHAFID

Date de naissance : 08/03/54

Adresse : LOT 125 TRANCHE D L'MADINA LJADIDA

SIDI OTMANE CASABLANCA

Tél. : 0662185350 Total des frais engagés : 1666,0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BERKANE FAOUZIA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : M 10 AVR. 2023


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 : 05 / 04 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

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 Praticien des Actes
19/02/2023	C3		200,-	
19/02/23	franchinque		100,-	
15/3/2023	150 m			


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/02/23	875,12
	19/02/23	191,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/02/23	1	150,00
	21/03/2023	212	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

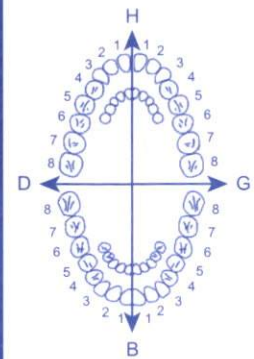
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
	19/02/23	675,60	

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.

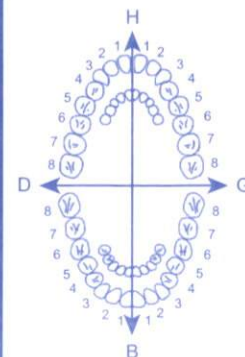
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
	D	G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
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

وصفة
ORDONNANCE



Le 19/10/2013
BENYOUS Bouze

349x3
+ 138.10
Lorenox 0.4
a - yster 5% 1/8 x 20ps



53.10 - Relaxof
14 sal x 07



191,20

Carte d'identité
des

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat R.P.1-

Ain Sebâa 20250 Casablanca

LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0.4ML SER B2

P.P.V. : 138DH10



LOT : 22E013
PER : 11 2025

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V. : 53DH10



Tél. :



Casablanca, le 13/02/2023

Mme.

FAOUZIA BEN YASS
POLYCLINIQUE ADDAMAR
DERB-GHALLEF CASABLANCA
Caisse Urgences

1/ Rx Pied gauche F 3/4

Dr. Jawad Bayati
ذ. جواد بايعلي
اختصاصي في الإنعاش والتخدير

أخصائيون في جراحة الدماغ والأعصاب وأخصائيون في الإنعاش 24 h / 24
Urgences - Médecins réanimateurs et neurochirurgiens 24 h / 24



وصفة
ORDONNANCE



Le 11/3/22

Rx Arke m.i

1 fac

Dr Mohamed RAGHI
Chirurgien Orthopédiste
Traumatologie

RABIELOUBI SIDI OTHMANE & A.R.T.
Avenue 10 Mars Place de la préfecture
Sidi Othmane, Casablanca
R.C 486021/1.F : 2821079
ICE 0017548139090987

وصفة
ORDONNANCE



Le 11/31/2023

M. BOUMALAL. FOUZIA

Abbas 2 place

Dr Mohamed RAGHI
Chirurgien Orthopédiste
Traumatologie

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 : 1368518	N° SEJOUR : 230025343	FACTURE N° 2302007498		DATE D'ENTREE : 15/03/2023		DATE DE SORTIE : 15/03/2023				
ASSURE :				DESTINATAIRE : BENYASS,Faouzia						
MALADE : BENYASS,Faouzia		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 03122007 DR RAGHI MOHAMED (TRAUMATOLOGUE)	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 : 15/03/2023	EDITEE LE : 15/03/2023	PAR: LAGRIB	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					

CLINIQUE ANOUAL CASABLANCA

14, Rue Zakieddine ATTAOUSSI
CASABLANCA

F A C T U R E

N° : 20230058 / 2023 du 19/02/2023

Nom patient **BENYASS FAOUZIA**
PAYANT

Entrée 19/02/2023

Sortie 19/02/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION	1,00		300,00	300,00
SALLE AMB	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	400,00
Total Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

Total 400,00



Tel: 022 86 02 08

Fax: 022 86 02 11

Site web: clinique-anoual.com

e.mail: cliniqueanoual2@gmail.com

Patente: 36357750

C.N.S.S: 2282797

Identif. Fiscale: 01084154

ICE 00 169 613 40000 22 INPE 09000 3625

RSO

مركز الفحص بالأشعة سيدي عثمان RADIOLOGIE SIDI OTHMANE



090000845

Dr. Jamal HAROUCH

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier
Ancien. Particien Hospitalier au C.H.U. de Fort de France

Dr. M. Jalil KOUHEN

Spécialiste en Radiologie et Imagerie Médicale

الدكتور جمال الهاروش

خريج كلية الطب بمونبولي. فرنسا
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي فوردو فرانس

الدكتور محمد جليل كوهن

إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca le : 21/03/2023

Patient : **BERKANIE FOUZIA**
Prescripteur : **DR RAGHI MOHAMED**

RX DE L'AVANT PIED GAUCHE DE FACE

Fracture spiroïde mediadiaphysaire du 5^{ème} métatarsien, probablement ancienne.
Algodystrophie modérée.
Absence d'autre lésion associée.
Intégrité des interlignes et des rapports articulaires.
Intégrité des parties molles.

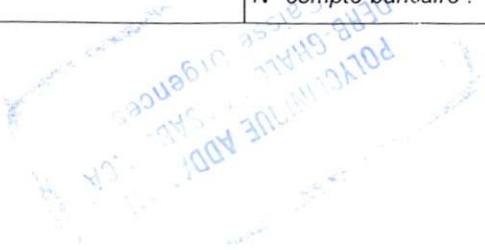
DR HAROUCH JAMAL

RADIOLOGIE SIDI OTHMANE S.A.R.L
Avenue 10 Mars Place de la préfecture
Sidi Othmane, Casablanca
RC 486021/IF: 2821070
ICE 001754813000087
Dr HAROUCH Jamal
Radiologue
INPE : 091074005

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 : 1362052		N° SEJOUR : 230016435		FACTURE N° 2303005710		DATE D'ENTREE : 19/02/2023		DATE DE SORTIE : 19/02/2023			
ASSURE :				UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : BENYASS,Faouzia					
MALADE : BENYASS,Faouzia											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 : TIERS PAYANT 2 : REF. PC 1 : REF. PC 2 :											
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	15.00	10.00	150.00					0.00 150.00	
Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .					TOTAUX :	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 : 19/02/2023					EDITEE LE : 19/02/2023	PAR: SAAD	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				





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

Casablanca le : 19/02/2023

Patient (e) : BENYASS FOUZIA

RX. PIED GAUCHE F/P

Fracture du 5^{ème} métatarse.

DR BENBRAHIM

Dr. Abdelilah BENBRAHIM
Médecin Radiologue
Polyclinique CNSS DERB GHALEF
INPE 21076708

RSO

مركز الفحص بالأشعة سيدي عثمان RADIOLOGIE SIDI OTHMANE



090000845

Dr. Jamal HAROUCH

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier
Ancien Praticien Hospitalier au C.H.U. de Fort de France

Dr. M. Jalil KOUHEN

Spécialiste en Radiologie et Imagerie Médicale

الدكتور جمال الهاروش

خريج كلية الطب بمونبيلي
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي فوردو فرانس

الدكتور محمد جليل كوهن

إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 21/03/2023

FACTURE

Facture N°16588/2023

Nom et Prénom : BERKANIE FOUZIA

Examen(s) réalisé(s) :	
RX AVANT PIES DE FACE	
200 DH	

200 DH	
TOTAL :	200 DH

Soit un montant total T.T.C de :200 DH
Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENTS DH

RADIOLOGIE SIDI OTHMANE S.A.
Avenue 10 Mars Place de la préfecture
Sidi Othmane - Casablanca
Tél : 0522 59 49 49
RC : 486021 IF : 2821070
ICE : 001754813000087



N° IPP : 1362052		N° SEJOUR : 230016441		FACTURE N° 2305004981		DATE D'ENTREE : 19/02/2023		DATE DE SORTIE : 19/02/2023				
ASSURE :						DESTINATAIRE :						
MALADE : BENYASS,Faouzia				UF: 5002 URGENCES		BENYASS,Faouzia						
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
AUTRES ACTES COTES EN K												
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE			K	25.00	22.50	562.50					0.00	562.50
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX												
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER			AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00
FOURNITURES MEDICALES						98.10					0.00	98.10

Intervenant : 06112011 DR RABANI ABDELTIF (GENERALISTE)	TOTAUX :	675.60						675.60
Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENT SOIXANTE QUINZE DHS ET SOIXANTE CENTIMES	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	675.60			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 19/02/2023	EDITEE LE : 19/02/2023	PAR: SAAD	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			