

# 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

- Reclamation : 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- 0049578

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0070001 Société : 164732  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHEMCHIMahjuba Venk BALLACHE Med  
Date de naissance : 1949  
Adresse : Yamilla I Rue 17 n° 62 CD  
Tél. : 0660671007 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16.04.23  
Nom et prénom du malade : CHEMCHIMahjuba Venk Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Polytrachéose  
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 : ..... Le : 12.06.2023  
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 Paiement des Actes
16-04-2023	✓		120-	Dr. KAAB ABDELHADI Médecin Urgentiste Polyclinique CNSA Derb-Ghalef INPE 41094228
16-04-2023	K10		350,44	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BD ADDAMANI Dr. H. CHAKHOUR Angle rd. Mer V. et 200m Rue 200 N°37 Hay Zaytouna Ain Chock tel : 0522 50 49 36	16/04/23	26220

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16-04-2023	3707	
	16-04-2023	215	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

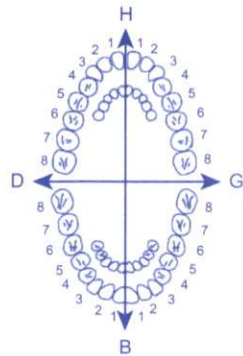
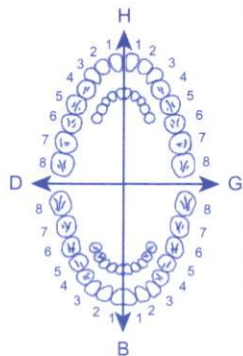
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		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																
	(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

وصفة  
**ORDONNANCE**



Le 16/04/23

Cher Monsieur

113.22

Echange

Aflomic



278

Fleamox

113.22

249



LOT: 2210003  
FAB: 10/2022  
EXP: 10/2025  
PUC: 149.000H

Dr. KAAB ABDELHADI  
Méd. Urgentiste  
N° 37 Rue 286  
Tel: 0522 50 49 36

**Dr. KAAB ABDELHADI**  
Médecin Urgentiste Polyclinique  
CNSS Derb Ghalef  
INPE: 41094228

262.2

## 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

Rec du Profnet et P2

DR. KAAB ABDELHADI  
Médecin Urgentiste Polyclinique  
CNSS Derb Ghallef  
N°PE: 41094228

Cachet du médecin



N° C.N.S.S. ou Mutuelle .....

### Renseignements clinique

## Examen demande

### Cachet du médecin

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 : 1376001	N° SEJOUR : 230036271	<b>FACTURE N° 2303013676</b>		DATE D'ENTREE : 16/04/2023		DATE DE SORTIE : 16/04/2023					
ASSURE :				DESTINATAIRE :							
MALADE : CHEMCHI, Mahjouba		UF: 5003 RADIOLOGIE		CHEMCHI, Mahjouba							
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		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
ACTES DE RADIOLOGIE						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
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 :				AVOIR :	
	RESTE DU :	150.00						
DATE FACTURE : 16/04/2023	EDITEE LE : 16/04/2023	PAR: KARIM	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

Cherifi

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

17470000

Renseignements clinique

Examen demande

Tc crânio-cervical

thoracique

- Tc cervical

- Tc cervical

- Tc thoracique

16/04/27

Dr. KAAB ABDUL HADI  
Médecin Urgentiste Polyclinique  
CNSS Derb Ghallef  
INPE: 41090228

Cachet du médecin

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 :	1376001	N° SEJOUR :	230036270	<b>FACTURE N° 2303013675</b>		DATE D'ENTREE : 16/04/2023		DATE DESORTIE : 16/04/2023			
ASSURE :				UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>CHEMCHI,Mahjouba</b>					
MALADE : CHEMCHI,Mahjouba											
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		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
ACTES DE RADIOLOGIE						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
TDM		TDM	3.00	1000.00	3000.00					0.00 3000.00	

Intervenant : 438055 DR CHIKHAOUI NABIL (RADIOLOGUE)	TOTAUX :	3000.00						3000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS MILLE		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU :	3000.00					
DATE FACTURE : 16/04/2023	EDITEE LE : 16/04/2023	PAR: KARIM	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			



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 :	1376001	N° SEJOUR :	230036272	<b>FACTURE N° 2305010354</b>		DATE D'ENTREE : 16/04/2023		DATE DE SORTIE : 16/04/2023			
ASSURE :				<b>DESTINATAIRE : CHEMCHI,Mahjouba</b>							
MALADE : CHEMCHI,Mahjouba											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
CONSULTATION DE MEDECIN. VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A		V	1.00	120.00	120.00					0.00 120.00	

Intervenant : 261207 DR KAAB ABDELHADI (GENERALISTE)	TOTAUX :	120.00						120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU :	120.00					
DATE FACTURE : 16/04/2023		EDITEE LE : 16/04/2023		PAR: KARIM		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				



N° IPP : 1376001	N° SEJOUR : 230036296	<b>FACTURE N° 2305010366</b>		DATE D'ENTREE : 16/04/2023		DATE DE SORTIE : 16/04/2023					
ASSURE :				DESTINATAIRE :							
MALADE : CHEMCHI, Mahjouba		UF: 5002 URGENCES		CHEMCHI, Mahjouba							
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	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					14.00					0.00	14.00
FOURNITURES MEDICALES					111.44					0.00	111.44

Intervenant : 261207 DR KAAB ABDELHADI (GENERALISTE)		TOTAUX :		350.44						350.44
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
TROIS CENT CINQUANTE DHS ET QUARANTE QUATRE CENTIMES				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU :	360.44					
DATE FACTURE : 16/04/2023		EDITEE LE : 16/04/2023		PAR: KARIM		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				



POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

DERB GHALLEF

## **Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM**

Casablanca le : 16.04.2023

**Patient (e) : CHEMCHI MAHJOUBA**

### **TDM THORACIQUE**

#### **TECHNIQUE**

Examen réalisé en coupes axiales en mode hélicoïdal sans injection du produit de contraste.

#### **RESULTAT**

Absence de nodule pulmonaire suspect  
Absence de foyer parenchymateux de type évolutif notable.  
Absence d'image de dilatation des branches.  
Silhouette cardio médiastinale normale.  
Absence d'épanchement pleural.  
Absence de lésion post traumatique de la cage thoracique

#### **CONCLUSION**

TDM thoracique ne révélant pas d'anomalie.

Pr. CHENAOUI Nabil  
Radiologue  
N° 186023





POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

DERB GHALLEF

## **Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM**

Casablanca le : 16.04.2023

**Patient (e) : CHEMCHI MAHJOUBA**

### **TDM RACHIS CERVICAL**

#### **TECHNIQUE**

Examen réalisé en mode hélicoïdal sans injection de produit de contraste.

#### **RESULTAT**

Remaniements arthrosiques somatiques en C5-C6-C7 avec des becs ostéophytiques marginaux

Absence de lésion post traumatique

Absence de hernie discale individualisable.

Absence d'anomalie somatique ou des arcs postérieurs.

Le canal cervical est de dimensions et de morphologie normales.

Absence d'anomalie des parties molles para rachidiennes.

#### **CONCLUSION**

Cervicarthrose étagée

TDM du rachis cervical ne révélant pas d'anomalie post traumatique .

Dr CHENHAOUI Nabil  
Radiologue  
INPE - 91066020

Casablanca le : 16.04.2023

**Patient (e) : CHEMCHI MAHJOUBA**

**TDM CEREBRALE**

**TECHNIQUE**

Examen réalisé en mode hélicoïdale sans injection du produit de contraste.

**RESULTAT**

Fosse cérébrale postérieure de morphologie normale.


Structures médianes en place.

Système ventriculaire de taille et de morphologie normale.

Absence d'anomalies de densité à l'étage sus et sous tentoriel.

**CONCLUSION**

TDM cérébrale ne révélant pas d'anomalies.

  
Dr. CHEMCHI MAHJOUBA  
Radiologue  
INP 100603