

# 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.

M22- 0049578

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 0070001

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHEMCHIMahjuba veille BALLACHE Med

Date de naissance : 1949

Adresse : Yamilla I Ruis 17 N° 62 CD

Tél. : 06.60.67.1007

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr KAAB ARDELHADI  
Médecin Urgentiste Polyclinique  
CNSS Derb Ghalef  
INPE: 41094228

Date de consultation : 16/04/29

Nom et prénom du malade : CHEMCHIM Mahjuba Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Polytransférée

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 :

Signature de l'adhérent(e) : Alli



Le : 12/06/2023

### 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
16-04 2023	V	120-		
16-04 2023	K10 POLYCLINIQUE DERB GHALLEF CASABLANCA	350.44		Dr. KABAB ABDELHADI Médecin Ugentiste Polyclinique CNSS Derb Ghalef INPE: 41094228
16-04 2023	Caisse URSSAF QUARTIER			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BD MARRAKCHI MED VI De la Sultane Angle d. Mer Verte et Avenue Rue 236 N°37 Hay Ty Aïcha Ann Chock tel : 0522 50 49 36	16-04-2023	262.22

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16-04	120	
	2023		
	16-04	215	
	2023		

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	D 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE

مصحة  
POLYCLINIQUE



Le 16/04/23

Dr. KAAB ABDELLADI

113.22  
4/ Echange

LOT: M0878  
FER: 10/2024  
PPU: 113.20DH

2/ Affection  
S/

27/8  
Fleximex

LOT: 2210003  
FAB: 10/2022  
EXP: 10/2025  
PPU: 149.00DH

M  
M37

Mel 24)

262.20



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

# BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical  
demandeur code



NOM DU MALADE

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Examen demandé

Re de Profil et FR

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

Cachet du médecin

# BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical  
demandeur code

**NOM DU MALADE** .....

**N° C.N.S.S. ou Mutuelle** .....

## Renseignements clinique

## Examen demandé

**Cachet du médecin**



N° IPP : 1376001 N° SEJOUR : 230036271

FACTURE N° 2303013676

DATE D'ENTREE : 16/04/2023

DATE DE SORTIE : 16/04/2023

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : CHEMCHI,Mahjouba

CHEMCHI,Mahjouba

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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
ACTES DE RADIOLOGIE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE										

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 POLYCLINIQUE ADHAMAN

DATE FACTURE : 16/04/2023

EDITEE LE : 16/04/2023 PAR: KARIM

ACCIDENT DE TRAVAIL DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

Réglément 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

Abdelkader

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

78420018

## Renseignements clinique

Truème - cervel - thorax

- Tom cervel
- Tom cervical
- Tom thorax

MARS

## Examen demandé

Dr. KAAB ABBAD HADI  
Médecin Urgentiste Polyclinique  
CNSS Derb Ghaffaf  
INPE: 4109928

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 DE SORTIE : 16/04/2023	
ASSURE :			UF: 5003 RADIOLOGIE					DESTINATAIRE :		CHEMCHI, Mahjouba	
MALADE :	CHEMCHI, Mahjouba		N° IMMAT C.N.S.S :								
NOM JEUNE FILLE :											
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>											
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 :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
TROIS MILLE	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			DATE AT :							
			N° DE POLICE :							
			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 : 230036272	<b>FACTURE N° 2305010354</b>				DATE D'ENTREE : 16/04/2023		DATE DE SORTIE : 16/04/2023				
ASSURE :						DESTINATAIRE :		CHEMCHI,Mahjouba				
MALADE : CHEMCHI,Mahjouba		UF: 5002 URGENCES										
NOM 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	LETTER 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. 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 :			PLAFOND PC :						ACOMPTE:		
CENT VINGT DHS			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 :		
			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								



N° IPP : 1376001 N° SEJOUR : 230036296

**FACTURE N° 2305010366**

DATE D'ENTREE : 16/04/2023 DATE DE SORTIE : 16/04/2023

ASSURE :

MALADE : CHEMCHI,Mahjouba

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 :

CHEMCHI,Mahjouba

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:	350.44							

DATE FACTURE : 16/04/2023	EDITEE LE : 16/04/2023	PAR: KARIM	ACCIDENT DE TRAVAIL:							
---------------------------	------------------------	------------	----------------------	--	--	--	--	--	--	--

VISA	N° DE POLICE :									DATE AT :
	Réglément 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 CHRAOUI Nabil  
Radiologue  
NPF 01166020

# 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 CHIRHAOUI Nabil  
Radiologue  
INPE - 9103020



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 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  
Rachid Ghallef  
INSTITUT MEDICAL