

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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 : N° S19-0000464

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11141 Société : R.A.D.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BADAOUSSA MAROU Date de naissance :  
Adresse : Rue Ahmed Chouci 20000 Casablanca  
Tél. : 0662973035 Total des frais engagés : Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/8/2023  
Nom et prénom du malade : AFTI Chergu Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
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 : Casablanca Le : 12/09/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

### 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







وصفة  
ORDONNANCE



NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 03/2026  
LOT 33022 2

le 26/8/2023

FARES ABDEL KADER



PPV: 22DH20  
PER: 04/25  
LOT: M1317

Neofortan 160

1/2 3/1

22.20

Coartem

1/2 3/1

LOT: 2384  
PER: 02-26  
P.P.V: 24 DH 50

Retrovir

PPV: 52DH80  
PER: 06/25  
LOT: M218-2

1/2 3/1, au cours de l'ap

52.80

PRAT 12 (P3-17)

1/2 3/1







# BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical  
demandeur code

مصحة  
POLYCLINIQUE



درب غلاف  
DERB GHALLEF

NOM DU MALADE

Fares Abdelkader

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Examen demande

C.N. drink

Echographie Abdominale

Le médecin traitant

Dr. ZGUENI Abderrahmane  
Service des Urgences  
Polyclinique C.N.S.S. Derb Ghallef

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

Biffer les mentions inutiles

Total clichés =

Total posés =



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 : 26.08.2023

Patient(e) : FARES BDELKADER

### ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Le rein droit présente une dilatation des cavités pyélo-calicielles et urétérales en faveur d'un obstacle du bas uretère.

Le rein gauche est de taille normale, contours réguliers, parenchyme bien différencié, cavités non dilatées.

Foie homogène de volume normal de contours réguliers. Siege de multiples kystes biliaires

Vésicule biliaire libre à paroi fine.

Voie biliaire principale et tronc porte de calibre normal.

La rate et le pancréas sont normaux.

Absence d'ascite ou d'adénopathie profonde.

Absence d'anomalie vesico prostatique

### CONCLUSION

Uretéro-hydronéphrose droite en faveur d'un obstacle du bas uretère.

Multiples kystes biliaires hépatiques

*[Signature]*

Dr



N° IPP : 1409684		N° SEJOUR : 230083783		<b>FACTURE N° 2303032511</b>		DATE D'ENTREE : 26/08/2023		DATE DE SORTIE : 26/08/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>FARES,Abdelkader</b>							
MALADE : FARES,Abdelkader		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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / 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 :			AVOIR :	
					RESTE DU :	200.00					
DATE FACTURE : 26/08/2023					EDITEE LE : 26/08/2023	PAR: MOURAD	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				



**Note confidentielle**  
(A renseigner par le médecin traitant)

<b>Nom et prénom da l'assuré (e) :</b> ..... <b>Numéro d'immatriculation:</b> ..... <b>Nom et prénom du bénéficiaire</b> (autre que l'assuré(e) : ..... <b>Date de naissance du bénéficiaire :</b> .....	<b>Nom et prénom da médecin traitant :</b> ..... <b>INPE et code à barres* :</b> 02112150 ..... Dr. ZGUENDI Abdeslam Service des Urgences Polyclinique CNSS Dakhla
---	--

26/8/23

**Date de la consultation:** / / / / / / / / / /

**Diagnostic et motif des soins :** Douleur abdominale

**Antécédents et facteurs de risque :**

**Examen clinique à l'admission :**

**Résultats des bilans para cliniques :**

**Libellé et nature des soins :** Pos de perfusion des

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /

**Fait à :** ..... **Le :** / / / / / / / / / /

**Signature et cachet du médecin traitant**

\*Accoler l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et les renseignements de soins, ainsi que le code à barres.

Adresse OG :

Fax :

Tél. :



N° IPP : 1409684		N° SEJOUR : 230083778		FACTURE N° 2305024351		DATE D'ENTREE : 26/08/2023		DATE DE SORTIE : 26/08/2023			
ASSURE :						DESTINATAIRE :					
MALADE : FARES,Abdelkader				UF: 5002 URGENCES		FARES,Abdelkader					
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	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50
CONSULTATION DE MEDECIN. VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A		V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER		AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					46.64					0.00	46.64
FOURNITURES MEDICALES					0.96					0.00	0.96

Total à reporter				295.10		0.00		0.00		295.10
------------------	--	--	--	--------	--	------	--	------	--	--------



N° IPP : 1409684		N° SEJOUR : 230083778		FACTURE N° 2305024351		DATE D'ENTREE: 26/08/2023		DATE DE SORTIE: 26/08/2023	
UF de présence: 5002 URGENCES									

  

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				295.10		0.00		0.00		295.10

  

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)		TOTAUX :		295.10					295.10
---	--	----------	--	--------	--	--	--	--	--------

  

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT QUATRE-VINGT QUINZE DHS ET DIX CENTIMES	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :	
	RESTE DU:		295.10					

  

DATE FACTURE : 26/08/2023	EDITEE LE : 26/08/2023	PAR: MOURAD	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>
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

