

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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

N 25103

## Déclaration de Maladie : N° S19-0000464

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11141

Société : RAD

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BANASSI MAMER Date de naissance :

Adresse : Rue AHmed chouihi Boush Ri CAFRA

Tél. 0668273635 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

#### Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/8/2023

Nom et prénom du malade : Afifi chouaihia 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 : 12/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : .....



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant Détailé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26-08-03	VR		293,10	 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	
26/08/23	198,30	 <b>INP</b> <b>92052208</b>

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.													
<b>Important :</b> 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	<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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			D	H	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000 35533411	00000000 11433553	B	G
	D	H											
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B	G											
						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"/>						
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

# وصفة

## ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

**NEOFORTAN® 160 mg**

PPV 98DH80  
EXP 03/2026  
LOT 33022 2

98.80

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

22.20

LOT: 2584  
PER: 02 - 26  
P.P.V: 24 DH 50

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

52.80

198.30

le ..... 26/18/2023

FARES ABDELLAH

pharmacie SALMA

Bd Oum Rabie-El Ouafaa 7  
Magasin N° 15 Hay Hesnani  
Tél: 89.57.79 - CASA

BENABDERAHMANE Salma

Code shijoum

1 kg 30/-

AS

Rets pfergo

1 kg 20/- au cm de Rets

Dr. ZGUENDI - D.G.H.

Service des Urgences  
Polyclinique D.G.H. Dr. ZGUENDI

# BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical  
demandeur code



NOM DU MALADE

FARES Abdellah

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

## Renseignements clinique

C.N. dr. b

## Examen demandé

Échographie Abdominale

Dr. AGUENA Abderrahim  
Service des Urgences  
Polyclinique CNSS Derb Ghallef

Le médecin traitant

Z =	PC =	K =	URGENT	RAPIDE	NON URGENT
-----	------	-----	--------	--------	------------

Biffer les mentions intuiles

Total clichés =

Total posés =



INPE 090001512

ICE 001757364000080

Polyclinique

Derb-Ghallef

## 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. Siège 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-hydronephrose droite en faveur d'un obstacle du bas uretère.

Multiples kystes biliaires hépatiques



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 :				
MALADE :	FARES,Abdelkader				UF:	5003 RADIOLOGIE	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		
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b> 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 :					
						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					

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

Nom et prénom de l'assuré (e) :

Numéro d'immatriculation:

/ / / / / / / / / / / /

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que l'assuré(e)) :

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / / / /

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à barres\* :

0211415D

/ / / / / / / / / / / /

Dr. ZGUENDI Abdessamad  
Service des Urgences  
Polyvalent CNSS Dachra

26/8/23

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

Diagnostic et motif des soins :

Doulou ABDOMINAL

Antécédents et facteurs de risque :

Examen clinique à l'admission :

Résultats des bilans para cliniques :

Libellé et nature des soins :

Pour la perfusion dr.

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

Fait à : ..... Le : / / / / / / / / / / / /  
Signature et cachet du médecin traitant

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

Adresse OG :

Fax :

Tél. :



N° IPP :	1409684	N° SEJOUR :	230083778	<b>FACTURE N° 2305024351</b>				DATE D'ENTREE :	26/08/2023	DATE DE SORTIE :	26/08/2023			
ASSURE :								DESTINATAIRE :	FARES,Abdelkader					
MALADE :	UF: 5002 URGENCES													
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>AUTRES ACTES COTES EN K</b>														
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	5.00	22.50	112.50						0.00		112.50		
<b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b>														
VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A)	V	1.00	120.00	120.00						0.00		120.00		
<b>ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX</b>														
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	2.00	7.50	15.00						0.00		15.00		
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>				46.64						0.00		46.64		
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				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 :	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
DEUX CENT QUATRE-VINGT QUINZE DHS ET DIX CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR :	
	RESTE DU:	295.10							
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					

