

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0054436

175035

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3563

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKRI NACIRI MOHAMMED

Date de naissance : 18/06/1959

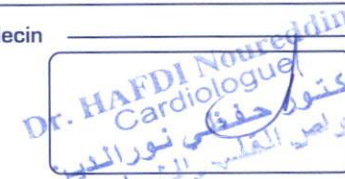
Adresse : DERB KOLEA 39 N° 42 CASAB

Tél. : 06 66 26 37 01

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BAKRI NACIRI Mohamed

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA ATCH d'AVC

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 : CASAB

Le : 10/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
07/07/23	ECG	1/16	2130	Dr. HAFDI Nouredine Cardiologue الدكتور هادي نور الدين القلب والأوعية الدموية

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية الفداء PHARMACIE EL FIDA 151 Bd El Fida - Casablanca Tél: 05 22 28 12 37	07/07/23	667,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				CCEFFICIENT 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 <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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي

+0100+ +060L01+

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE

BAKRI NACIKI
Mohamed

le 07/07/23

Registre de

9200 Coker syl m 290

278 x3 Cado Aspo re
M6 ekk

990 x5 Ceds re 1800 re

9760 x2 Nocel re 140 re

667,30

3 mois

Dr. Nouredine
Cardiologue
الدكتور حفطي نوري
الطبيب القلب



مصلحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

DERB GHALLEF

92,00

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

حمض أسيتيل ساليسيليك

X3
Ged

سجفاسانتين
وكون

X2
Ged

97,60

LOT 211484

EXP 04/2024

PPV 99.00DH

X3
Ged

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: 1395886 N° SEJOUR: 230065123

FACTURE N° 2302017805

DATE D'ENTREE: 07/07/2023 DATE DE SORTIE: 07/07/2023

ASSURE:

MALADE: BAKRI, Naciri Mohammed
NOM JEUNE FILLE:

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S.:

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE:

TIERS PAYANT 1:

TIERS PAYANT 2:

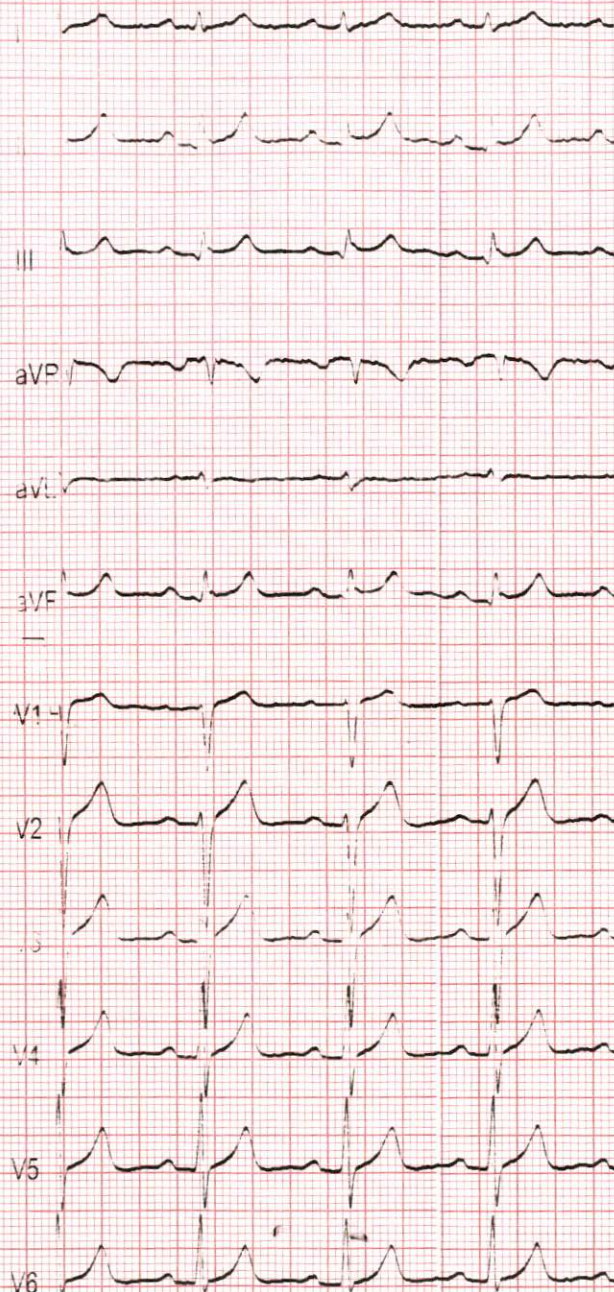
REF. PC 1: REF. PC 2:

DESTINATAIRE:

BAKRI, Naciri Mohammed

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
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00

Intervenant: 010402 DR HAFDI NOUR EDDINE (CARDIOLOGUE)	TOTAUX:	250.00						250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC:						ACOMPTE:	
	REMISE:	0.00	REGLE:				AVOIR:	
	RESTE DU:	250.00						
DATE FACTURE: 07/07/2023	EDITEE LE: 07/07/2023	PAR: HAFSA	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				



[Measured Cardiac Rhythm Events]

HR 76bpm PR 194ms QRS 74ms QT 331ms QTc 376ms QTd 0.86

RV5 0.95mV SV1 -0.80mV P/QRS/T QRST axis: 47.96/61.90/60.29/1.61 deg

[Interprétation Résumé - Adulte]

34- QRS ≤ 0.5 mV in four extremity leads

Consider obesity, hypothyroidism and pericardial effusion.

[Doctor comments]

Nom du medecin: Doctor

