

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



201603

Déclaration de Maladie

M23- N° 0042782

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1702 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : DRIOUECH Mohamed
Date de naissance : 01/07/1956
Adresse : H41 Lot Wafa DEROUA
Tél. : 0650621092 Total des frais engagés : 373 Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 20/03/24
Nom et prénom du malade : EL GOATY Neima Age :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Affection Humérale
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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : CASA Le : 20/03/2024
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
20/03/24			980,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/03/24		1140
	20/03/24		143

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.

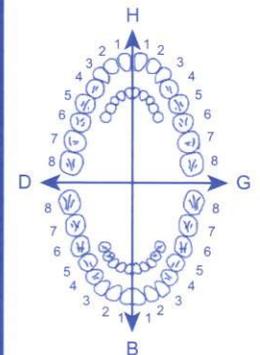
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



الضمان الإجتماعي
+oIIO&+ +oIoE&+

CNSS
Le devoir de vous protéger

9

وصفة
ORDONNANCE

مصحة
POLYCLINIQUE



درب غلف
DERB GHALLEF

le 20/03/2024

EL GHAIY

N° 1000

Reçu Chuitte & FIP

D'RABANI A. A. A. A. A.
Polyclinique Derb Ghallef
INP: 091117507

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 : 671950	N° SEJOUR : 240029330	FACTURE N° 2405008370	DATE D'ENTREE : 20/03/2024	DATE DE SORTIE : 20/03/2024
ASSURE :			DESTINATAIRE :	
MALADE : EL GHAITI, Naima		UF: 5002 URGENCES	EL GHAITI, Naima	
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
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00

Intervenant : 06112011 DR RABANI ABDEL TIF (GENERALISTE) TOTAUX : 80.00 80.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS

PLAFOND PC :		ACOMPTE :	
REMISE :	0.00	REGLE :	
RESTE DU :	80.00	AVOIR :	

DATE FACTURE : 20/03/2024 EDITEE LE : 20/03/2024 PAR: MOURAD

VISA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

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





INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le 20/03/2024

Patient (e) : EL GHAITI NAIMA

RADIOGRAPHIE DE LA CHEVILLE GAUCHE F + P

- Intégrité des structures osseuses radiographiées
- Respect des interlignes articulaires
- Epaissement et gonflement des parties molles

➤ *A corrélér au reste des données*

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

Dr Jellouli

Dr JELLOULI Omai
Médecin Radiologue
INPE : 101183531

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 : 671950	N° SEJOUR : 240029332	FACTURE N° 2403010708		DATE D'ENTREE : 20/03/2024	DATE DE SORTIE : 20/03/2024
ASSURE :		DESTINATAIRE : EL GHAITI,Naima			
MALADE : EL GHAITI,Naima		UF: 5003 RADIOLOGIE			
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	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										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE . TOTAUX : 150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :		ACOMPTE :	
REMISE :	0.00	REGLE :	
RESTE DU :	150.00		

DATE FACTURE : 20/03/2024 EDITEE LE : 20/03/2024 PAR: MOURAD

VISA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

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



LABORATOIRE D'ANALYSE DE BIOLOGIE MEDICALE
CNSS DERB GHALLEF

Date du prélèvement : 20-03-2024 à 09:52

Code patient : 2403200018

Né(e) le : ()

IPP : 671950



Mme EL GHAITI Naima

Dossier N° : 2403200018

Prescripteur :

SERVICE DES URGENCES

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C-réactive (CRP)
Acide urique

6.04 mg/L (<6.00)
38 mg/L (30-70)

Validé par : Dr ZAHY LOUBNA

Dr. Loubna ZAHY
Médecin Biologiste
Polyclinique CNSS
Derb-Ghalef

DECOMPTE

N° de séjour : 240029335

N° de séance : 202403200124

UF de présence : 5002 URGENCES

UF demandeur : 5002 URGENCES

Date et heure : 20/03/2024 09:35

Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES

N° IPP : 0000671950 EL GHAITI,Naima

Né(e) le : 02/01/2001

UF	INTERVENANT	CDAM/TARIF	LET.CLE	TARIF	COEFF	COEF.T	MONTANT
5002	EQUIPE BIOLOGISTES	Acideurique	B	1.10	1.00	30.00	33.00
5002	EQUIPE BIOLOGISTES	CRP(ProtéineCréactive)	B	1.10	1.00	100.00	110.00

Total : 143.00

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 : 671950	N° SEJOUR : 240029335	FACTURE N° 2405008371		DATE D'ENTREE : 20/03/2024	DATE DE SORTIE : 20/03/2024
ASSURE :		DESTINATAIRE :			
MALADE : EL GHAITI,Naima		UF: 5002 URGENCES		EL GHAITI,Naima	
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :			
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :			
TIERS PAYANT 2 :					
REF. PC 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :			
REF. PC 2 :					

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 BIOLOGIE ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE	B	130.00	1.10	143.00					0.00	143.00

Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES . TOTAUX : 143.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
 CENT QUARANTE TROIS DHS

PLAFOND PC :		ACOMPTE:	
REMISE :	0.00	REGLE :	
RESTE DU:	143.00		

DATE FACTURE : 20/03/2024 EDITEE LE 20/03/2024 PAR: MOURAD

VISA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

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

