

## 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 Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Héritage Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-484622

55871

|  |                                   |                                  |                                 |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie  | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (Tél.)  |                                   |                                  |                                 |
| Matricule : 03527 Société : RAM  |                                   |                                  |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : CHATOUANI |                                   |                                  |                                 |
| Nom & Prénom : 01/03/1962  |                                   |                                  |                                 |
| Date de naissance :  |                                   |                                  |                                 |
| Adresse : AGADIR   |                                   |                                  |                                 |
| Tél. : 0668185664 Total des frais engagés : 18 13,40 Dhs   |                                   |                                  |                                 |

|   |   |
|---|---|
| Cadre réservé au Médecin  |   |
| Cachet du médecin :   |   |
|   |   |
| Date de consultation : 03/02/2021   |   |
| Nom et prénom du malade :   |   |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint |
| Nature de la maladie : Bronchite  |   |
| 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 : Agadir

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03/02/2021



### 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                        |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 27/11/2020      | CN                |                       | 120,00                          | INP : 0612249458<br>Médecin Valéry<br>Sect. n° générale<br>polychimique CNSS - Agadir |
|                 |                   |                       |                                 |   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur           | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Dr. BOUZIDI MOUSSA<br>Tél. 05 24 84 27<br>Agadir | 03-12-2020 | 193,40                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue     | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires     |
|---|----------|------------------------------|----------------------------|
| ANALYSE RADILOGIQUE<br>RUE DE MARSEILLE N° 10<br>AGADIR | 08/12/20 | 2150                         | 1500,50<br>INP: 0612249459 |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                    |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |

### 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 | INP : |
|-------------------------|----------------|------------------|-------------|-------|
|                         |                |                  |             |       |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX |                |                  |             |       |
| MONTANTS DES SOINS      |                |                  |             |       |
| DEBUT D'EXECUTION       |                |                  |             |       |
| FIN D'EXECUTION         |                |                  |             |       |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX |                |                  |             |       |
| MONTANTS DES SOINS      |                |                  |             |       |
| DATE DU DEVIS           |                |                  |             |       |
| DATE DE L'EXECUTION     |                |                  |             |       |

**ODF**

**PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# RADIOLOGIE RYAD ACHIFAE



الفحص بالأشعة  
رياض الشفاء

Radiologie Numérisée - Echographie - Echo Doppler - Mammographie Numérique 3D et Tomosynthèse  
Scanner multibarette - Ponctions guidées ( Scanner, Echo) - IRM Haut Champ 1,5T - Ostéodensitométrie - Panoramique dentaire

الدكتور رشيد طنطوي - الأستاذ عبد الله عبد الوافي - الدكتورة منية الملطفي - الدكتور عمر الخيالي  
Dr. Rachid TANTAOUI - Pr. Abdellah ABDELOUAFI - Dr. Mounia EL MOULATTAF - Dr. Omar EL KHAYALI

Agadir, le : 08/12/2020

Facture N° 1081225

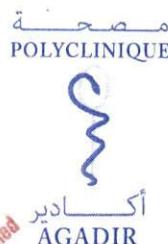
Identité : ..... Chatouani el mostafa

Examen : ..... TDM 2.150

Montant : ..... 1500,00 Dhs.

Dr.





**SERVICE DES  
URGENCES  
24/24**

- \* Cardiologie
  - \* Gastro-Entérologie
  - \* Pédiatrie (Neonatalogie)
  - \* Dermatologie
  - \* Endocrino - Diabétologie
  - \* Pneumo - Physiologie
  - \* Ophtalmologie
  - \* Anesthésie - Réanimation
  - \* Urologie
  - \* Chirurgie Viscérale et digestive
  - \* Coelio - Chirurgie
  - \* Gynéco - Obstétrique
  - \* Traumato - Orthopédie
  - \* Neuro - Chirurgie
  - \* O.R.L
  - \* Biologie (laboratoire)
  - \* Radiologie

**CENTRE  
D'HEMODIALYSE**

URGENCES  
05 28 82 58 18

Consultation RDV  
05 28 82 59 66

زنقة مولاي يوسف - ص 3171 - أكادير - الهاتف: 05 28 84 66 21/25/27 - الفاكس: 05 28 84 66 24  
Rue Moulay Youssef - B.P. 3171 - AGADIR - Tél.: 05 28 84 66 21/25/27 - Fax : 05 28 84 66 24



Radiologie Numérisée - Echographie - Echo Doppler - Mammographie Numérique 3D et Tomosynthèse  
Scanner multibarette - Ponctions guidées (Scanner, Echo) - IRM Haut Champ 1.5T - Ostéodensitométrie - Panoramique dentaire

**الدكتور رشيد طنطوي - الأستاذ عبد الله عبد الوافي - الدكتورة منية الملطف - الدكتور عمر الخيالى  
Dr. Rachid TANTAOUI - Pr. Abdellah ABDELOUAFI - Dr. Mounia EL MOULATTAF - Dr. Omar EL KHAYALI**

Agadir, le : ..... 08/12/2020 .....

Médecin demandeur : ..... DR SEMLALI .....

Mr. CHATOUANI EL MOSTAFA

### **TDM THORACIQUE :**

Indication : PCR négatif

#### **Technique :**

Acquisition volumique sans injection de produit de contraste.

#### **Résultats : Comparatif à l'examen du 30/09/2020**

Présence de plusieurs foyers nodulaires d'hyperdensité parenchymateuse en verre dépolis siégeant essentiellement au niveau du segment dorsal du lobe supérieur droit et du lobe inférieur gauche. Ces lésions sont de siège mixte périphérique et central, comportant des réticulations en crasy paving. D'autres petits foyers nodulaires similaires de la lingula et du segment postérobasal droit.

DDB cylindriques bilatérales prédominantes du lobe moyen et du lobe inférieur gauche.

On retrouve le petit nodule apical du lobe inférieur droit de 8x7mm bien limité en faveur d'un hamartome.

Petites lésions bulleuses d'emphysème périphérique des lobes supérieurs à prédominance droite.

Pas d'autre anomalie parenchymateuse pulmonaire suspecte.

Pas d'épanchement pleuropéricardique.

Pas d'adénopathie médiastinale.

Pas dilatation du tronc de l'artère pulmonaire ni de cardiomégalie.

#### **AU TOTAL :**

Lésions de pneumopathie focale en verre dépoli comportant des réticulations septales pouvant être en rapport avec une origine virale type Covid19 avec une étendue des lésions de 15%.

**DR EL MOULATTAF**

*Dr. Mounia EL MOULATTAF*  
Radiologue  
Institut de Radiologie RYAD ACHIFAE  
Imme. Achouk, N° 129 Angle rue de Marrakech  
et Av. Al Moukawama, Agadir  
Tél: 05 28 84 36 26 - Fax: 05 28 84 36 00

Ci-joint : images sur livret  
Pour consulter les images, utilisez le lien : <http://160.174.129.50:8081/images>  
Login : 255315 Mot de Passe : 207733

## POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR

Extension X, Rue Moulay Youssef

80000 AGADIR

Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24

INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

## POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR

Extension X, Rue Moulay Youssef

80000 AGADIR

Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24

INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



## POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR

Extension X, Rue Moulay Youssef

80000 AGADIR

Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24

INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

## POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR

Extension X, Rue Moulay Youssef

80000 AGADIR

Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24

INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

|   |                       |                                 |                      |                       |                           |                            |                |        |         |
|---|-----------------------|---------------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|----------------|--------|---------|
| N° IPP: 200050590                         | 579087                | FACTURE N° 200050590            | N° SEJOUR: 200050590 | FACTURE N° 2005024180 | DATE D'ENTREE: 03/12/2020 | DATE DE SORTIE: 03/12/2020 |                |        |         |
| ASSURE:                                   |                       |                                 | N° de séjour:        |                       | N° de séjour:             |                            |                |        |         |
| MALADE:                                   | CHATOUANI, El Mostafa | UF: 5002 URGENCES               | DESTINATAIRE:        | CHATOUANI, El Mostafa |                           |                            |                |        |         |
| 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                          | NOMBRE               | PRIX                  | TIERS PAYANT 1            | TIERS PAYANT 2             | PART DU MALADE |        |         |
|   |                       | CLE                             | x COEF               | UNITAIRE              | TOTAL                     | % / Dh                     | MONTANT        | % / Dh | MONTANT |
| CONSULTATION DE MEDECIN.                  |                       | CN                              | 1.00                 | 120.00                | 120.00                    |                            |                | 0.00   | 120.00  |
| CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F) |                       |                                 |                      |                       |                           |                            |                |        |         |

|  |                       |               |  |  |  |  |  |  |          |
|--|-----------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|----------|
| Intervenant: 20182 DR SEMILALI EL ALAMI MOHAMED (GENARALISTE)      | TOTAUX: 120.00        |               |  |  |  |  |  |  | 120.00   |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS         | PLAFOND PC:           |               |  |  |  |  |  |  | ACOMPTE: |
|  | REMISE: 0.00          | REGLE: 120.00 |  |  |  |  |  |  | AVOIR:   |
|  | RESTE DU: 0.00        |               |  |  |  |  |  |  |          |
| DATE FACTURE: 03/12/2020   | EDITEE LE: 03/12/2020 | PAR: OULKHI   | ACCIDENT DE TRAVAIL:   |  |  |  |  |  |          |
| VISA   | N° DE POLICE AT:      | DATE AT:      |  |  |  |  |  |  |          |
| Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR |                       |               | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR |  |  |  |  |  |          |
| BANQUE: BMCE - AGADIR  |                       |               | BANQUE: BMCE - AGADIR  |  |  |  |  |  |          |
| N° compte bancaire: 011.010.0000.01.210.00.60686.03                |                       |               |  |  |  |  |  |  |          |

