

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse 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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

N° P19- 063862  
(55351)  
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3173 Société : RAM / MUPRAS  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BARTAL SAIDA  
Date de naissance : 1955  
Adresse : B.P. 14906 CASABLANCA PRINCIPALE CHABLANCA  
Grandpierre Fontenay.fr  
Tél. : 0645529290 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 3 JAN. 2021

Date de consultation : 05/11/2020  
Nom et prénom du malade : BARTAL SAIDA Age : 65 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Affection neurologique  
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 : 04/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

f. Saida



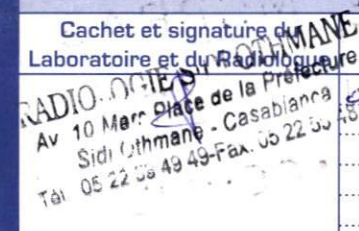
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
4/11/2020		2	150 DH	
5/11/2020		2	150 DH	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date 05/11/2020 Montant de la Facture 134,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/11/2020	2	1300 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

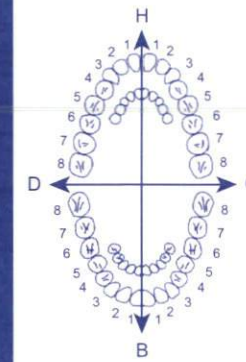
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>               H                25533412                00000000                D                00000000                35533411             </div> <div>               21433552                00000000                G                00000000                11433553                B             </div> </div>			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"/>	
[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



الضمان الاجتماعي

ⵜⴰⵎⴰⵔⵜ ⵜⴰⵖⴰⵎⴰⵏⵜ

**CNSS**

Le devoir de vous protéger

وصفة  
**ORDONNANCE**

مصلحة  
POLYCLINIQUE



الإدارة II  
**INARA II**

M<sup>me</sup> BARTAL SANDA le 5/11/2020

134,80

Nootropyl

LOT 200142  
EXP 02 2024  
PPV 134.80

134,80

**NOOTROPYL 800mg**  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
AMM N° 405/16 DM/21/NRQ

6 118000 020738

47 31



2mg

**Dr. M. BOUREZGUI**  
Neurologue  
INPE 091144816

Dr. EDDINE ELAKHIMA  
Mohammadi - Casablanca  
Tél: 05 22 35 72 80



وصفة  
ORDONNANCE



To 5/11/2022  
M<sup>me</sup> BARTAL SAIDA

- 65 ans
- TC seuil d'ys.  
5 mois
- Ex = RAS
- TDM cérébrale

**RADIOLOGIE SIDI OTHMANE**  
Av 10 Mars Place de la Préfecture  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tél. 05 22 59 49 49 - Fax. 05 22 54 48 48

**Dr. M. BOUREZGUI**  
Neurologue  
INPE 091144816





# RSO

## مركز الفحص بالأشعة سيدي عثمان RADIOLOGIE SIDI OTHMANE



090000845

**Dr. Jamal HAROUCH**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Ancien Praticien Hospitalier au C.H.U. de Fort de France

**Dr. M. Jalil KOUHEN**

Spécialiste en Radiologie et Imagerie Médicale

الدكتور جمال الهاروش

خريج كلية الطب بمونبيلي  
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي فوردو فرانس

الدكتور محمد جليل كوهن

إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 05/11/2020

### FACTURE

Facture N°5877/2020

Nom et Prénom : BARTAL SAIDA

Examen(s) réalisé(s) :	
<b>SCANNER CEREBRAL SANS INJECTION</b>	
<b>1300 DH</b>	
-----	
<b>1300 DH</b>	
<b>TOTAL :</b>	<b>1300 DH</b>

Soit un montant total T.T.C de :1300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE TROIS CENTS DH

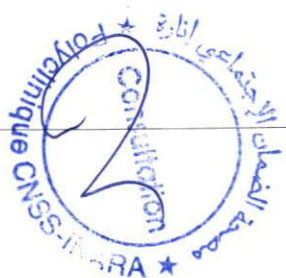
RADIOLOGIE SIDI OTHMANE  
Av. 10 Mars, place de la Préfecture  
Sidi Othmane, Casablanca  
05 22 59 48 48

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA  
Bd El-Qods Cité Inara 20152 CASABLANCA  
Tél : 0522-21-30-90 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06  
RDV : 0522-50-45-13  
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 853931	N° SEJOUR : 200029226	<b>FACTURE N° 2002012267</b>		DATE D'ENTREE : 04/11/2020		DATE DE SORTIE : 04/11/2020				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : BARTAL,Saida		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		BARTAL,Saida						
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	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
	CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 46186 DR BOUREZGUI MARIAME	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU:	150.00						
DATE FACTURE : 04/11/2020	EDITEE LE : 04/11/2020	PAR: LAKHDA	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA			
			BANQUE :		BMCE - INARA			
			N° compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91			



# RSO

## مركز الفحص بالأشعة سيدي عثمان RADIOLOGIE SIDI OTHMANE



**Dr. Jamal HAROUCH**

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier  
Ancien. Particien Hospitalier au C.H.U. de Fort de France

**Dr. M. Jalil KOUHEN**

Spécialiste en Radiologie et Imagerie Médicale

Patient : **BARTAL SAIDA**  
Prescripteur : **DR M BOUREZGUI**

الدكتور جمال الهاروش

خريج كلية الطب بمونبولي. فرنسا  
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي فوردو فرانس

الدكتور محمد جليل كوهن

إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca le: 05/11/2020

### SCANNER CEREBRAL

**CONTEXTE :** traumatisme crânien bénin il y'a 5 mois.

#### **TECHNIQUE :**

Acquisition volumique millimétrique multibarette (32) sans injection. Reconstructions multiplanaires et 3D

#### **RESULTATS:**

##### Etage sous tentoriel :

Le 4<sup>ème</sup> ventricule est en place de taille normale.  
Absence d'anomalie cérébelleuse et du tronc cérébral.  
Intégrité des citernes de la base et des angles pontocérébelleux.

##### Etage sus tentoriel :

Absence d'anomalie parenchymateuse.  
Les structures médianes sont en place.  
Les ventricules sont de taille normale.  
Absence d'hématome péricérébral.  
Absence de fracture.

#### **CONCLUSION :**

Scanner normal.

RADIOLOGIE SIDI OTHMANE  
DR JAMAL HAROUCH JAMAL  
Av. 10 Mars - Place de la Préfecture  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tél. 05.22.59.48.48 - Fax. 05.22.59.48.48