

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° W21-657112

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 663 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SAHAR BA MD Abde Bouahhab

Date de naissance : 2/01/1942

Adresse : Hay salmia 2, rue 1, n° 245 Casa

Tél. : 0663823795 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ 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 :

Le :

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 |
| 10/08/21 | | CN | 12000 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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 |
| DR MASTOUR MOHAMED Radiologue Polyclinique CNSS Derb Ghallef NPE: 94056335 | 10/08/21 | 120 | 100000 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--|--|------------------|---|---|
| Le praticien est prie de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins | | | | |
| Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 [] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21423552 30000000 60000000 D G 30000000 60000000 35533411 11433553 B (Creation, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique necessaire a la prothese | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | | | | DATE DU DEVIS [] |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION [] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------|---------------|--|--------------------------------------|----------------------------------|---|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|--------|
| N° IPP : 1233003 | | N° SEJOUR : 210062273 | | FACTURE N° 2105039301 | | DATE D'ENTREE : 10/08/2021 | | DATE DE SORTIE : 10/08/2021 | | | |
| ASSURE : | | | | DESTINATAIRE : SAGHIR BA-MOHAMMED, Abdeouahhab | | | | | | | |
| MALADE : SAGHIR BA-MOHAMMED, Abdeouahhab | | | | 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 : | | | | | | | |
| NATURE DE PRESTATION | | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT | | TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT | | PART DU MALADE % / Dh MONTANT | |
| CONSULTATION DE MEDECIN. VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A | | V | 1.00 | 120.00 | 120.00 | | | | | 0.00 | 120.00 |
| Intervenant : 261207 DR KAAB ABDELHADI (GENERALISTE) | | | | | 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 : 11/08/2021 | | | | | EDITEE LE : 27/10/2021 | | PAR: SAAD | | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | |
| VISA | | | | | N° DE POLICE : | | DATE AT : | | | | |
| | | | | | Réglement à effectuer à l'ordre de : | | POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef | | | | |
| | | | | | BANQUE : | | BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA | | | | |
| | | | | | N° compte bancaire : | | 011 780 0000 70 210 00 60 028 31 | | | | |

Duplica

POLYCLINIQUE C.N.S.S - 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 : 1233003 | | N° SEJOUR : 210062247 | | FACTURE N° 2105039275 | | DATE D'ENTREE : 10/08/2021 | | DATE DE SORTIE : 10/08/2021 | | | |
| ASSURE : | | | | UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. : | | DESTINATAIRE : SAGHIR BA-MOHAMMED,Abdeouahhab | | | | | |
| MALADE : SAGHIR BA-MOHAMMED,Abdeouahhab | | | | | | | | | | | |
| NOM JEUNE FILLE : | | | | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 1 : TIERS PAYANT 2 : REF. PC 1 : REF. PC 2 : | | | | | | | | | | | |
| NATURE DE PRESTATION | | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT | | TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT | | PART DU MALADE % / Dh MONTANT | |
| ACTES DE RADIOLOGIE TDM | | TDM | 1.00 | 1000.00 | 1000.00 | | | | | 0.00 1000.00 | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------|--|--------------|------|---|---------|--|-----------|---------|
| Intervenant : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED | | TOTAUX : | | 1000.00 | | | | | | 1000.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE | | | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE : | |
| | | | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 1000.00 | | AVOIR : | |
| | | | | RESTE DU : | | 0.00 | | | | |
| DATE FACTURE : 10/08/2021 | | EDITEE LE : 27/10/2021 | | PAR: SAAD | | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | |
| VISA | | | | | | N° DE POLICE : DATE AT : | | | | |
| | | | | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31 | | | | |



Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

DUPLICATA

Casablanca le : 10/08/2021

Patient (e) : SAGHIR MOHAMED ABDELOUAHHAB

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE

Examen réalisé en coupes axiales en mode hélicoïdal sans injection du produit de contraste.

RESULTAT

Présence de foyers en verre dépoli périphérique et sous pleural bilatérale.

Absence de nodule pulmonaire.

Absence d'image de dilatation des bronches.

Absence d'épanchement pleural.

CONCLUSION

Aspect en faveur d'une pneumopathie évolutive virale COVID 19 intéressant plus de 60% du volume pulmonaire.

DR MASTOUR MOHAMED
Radiologue Polyclinique
CNSS Derb Challef
INPE : 91036335