

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## adie 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° M21- 068241

Compteur TDP  
97276

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10618

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

C. HABIBA DAIDA LAID

Date de naissance : 1941

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RABANI Abdellah  
Polyclinique CNSS  
Derb Ghalif, Casablanca

Date de consultation : 14/10/2021

Nom et prénom du malade : CHABAIDA BECHTAID Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : affectey cardia respiratoire

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) :

## 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
14/10/20	14/10/20	01	90	Dr. RABANI Abdellah GSM : 06 61 80 00 00 Polyvalent CNS Hôpital El-Medina - Casablanca

## 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 Cœfficients	Montant des Honoraires
	14/01/2013	TOH 100	100.00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

C1 + K16

وصفة

ORDONNANCE

مصحة  
POLYCLINIQUE



درب غلف

DERB GHALLEF

Le .....

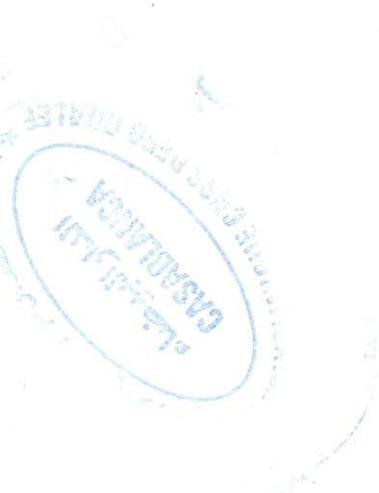
١٤/١١/٢٠٢٤

CHBADA Belaid

جراخ

TDM thoracique

Dr. RABAH ADDAMANE  
Polyclinique CNSS  
Derb Ghallef - Casablanca



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 : 1247961	N° SEJOUR : 210082473	<b>FACTURE N° 2103006646</b>				DATE D'ENTREE : 14/10/2021		DATE DE SORTIE : 14/10/2021		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		CHBADA, Belaid		
MALADE : CHBADA, Belaid		UF: 5003 RADIOLOGIE								
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
ACTES DE RADIOLOGIE	TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00

Intervenant : 18102013 DR BENBRAHIM ABDELILAH (RADIOLOGUE)		TOTAUX :		1000.00						1000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
MILLE				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU:	1000.00					
DATE FACTURE : 14/10/2021		EDITEE LE : 14/10/2021		PAR: MOURAD	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
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					

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 :	1247961	N° SEJOUR :	210082475	<b>FACTURE N° 2105052006</b>				DATE D'ENTREE : 14/10/2021 DATE DE SORTIE : 14/10/2021					
ASSURE :								DESTINATAIRE :	CHBADA, Belaid				
MALADE :	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 :	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.	CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00			

Intervenant : 0172011 DR CHAHIR IDRISI TAIBI (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 : 14/10/2021	EDITEE LE : 14/10/2021	PAR: MOURAD	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							

## 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 : 1247961	N° SEJOUR : 210082474	<b>FACTURE N° 2105052005</b>				DATE D'ENTREE : 14/10/2021				DATE DE SORTIE : 14/10/2021			
ASSURE :						DESTINATAIRE : CHBADA,Belaid							
MALADE : CHBADA,Belaid		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 :	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 ABDELTIF (GENERALISTE)	TOTAUX :	80.00									80.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:		
				REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR :	
				RESTE DU:	80.00							
DATE FACTURE : 14/10/2021	EDITEE LE : 14/10/2021	PAR: MOURAD	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>									
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

Casablanca le :14/10/2021

Patient (e) : CHBADA BELAID  
Médecin prescripteur : Dr RABANI

### TDM THORACIQUE

#### TECHNIQUE

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

#### RESULTAT

Présence de foyers en verre dépoli

Epanchement pleural bilatérales de grande abondance

Cardiomégalie

Absence de nodule pulmonaire.

#### CONCLUSION

Aspect en faveur d'une pneumopathie évolutive virale COVID 19 intéressant 30 % du volume pulmoñaire.

Epanchement pleural bilatérales de grande abondance

Cardiomégalie

Dr A. BENBRAHIM  
Anesth. et Réanim.  
Médecin Radiologue  
Polyclinique CNSS DERB GHALEF  
INPE 21076708