

# 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.

## Biologie 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.

## Ordonnance :

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

## Entente préalable :

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.

## Accord préalable :

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° M21- 068241

Comptendu TDM 97276

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10614 Société : 97276

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : CHB ADAB LAID

Nom & Prénom : CHB ADAB LAID

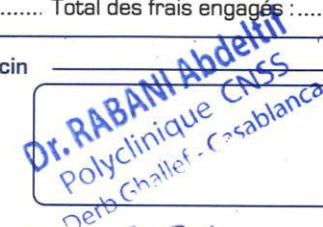
Date de naissance : 1941

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14 / 10 / 2021

Nom et prénom du malade : CHB ADA BELAID Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection cardiaque 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) :

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
14/10/21		9	90	
14/10/21		1	10	

# 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
	14/10/21		

# 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 :

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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXEC



C1 + K16

وصفة  
ORDONNANCE

مصحة  
POLYCLINIQUE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Le 14/10/2014

CHBADA Belaid

Joux

TDR Marocaine

Dr. RABAH Abdelatif  
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 % / 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 : 18102013 DR BENBRAHIM ABDELILAH (RADIOLOGUE)	TOTAUX :	1000.00						1000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU:	1000.00						
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: 210082475	<b>FACTURE N° 2105052006</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	LETTR 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. CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00

Intervenant: 0172011 DR CHAHIR IDRISSE 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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / 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	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**

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 pulmonaire.

Epanchement pleural bilatérales de grande abondance

Cardiomégalie

Dr A. BENBRAHIM  
Médecin Radiologue  
Polyclinique CNSS DERB GHALLEF  
INPE 21076703