

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 001577

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3583 Société : RAM 116429

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKRI ALACIRI MOHAMMED

Date de naissance : 18/06/1959

Adresse : DEB Kora 39 N° 42 CASA

Tél. : 06 66 26 37 01 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Hémiparésie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 05/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

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

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
05/04/99		CSE	250,00	
05/04/99		CM	120,00	

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 1013 Challef
INPE 91036335

05/04/99. TOM 1020,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

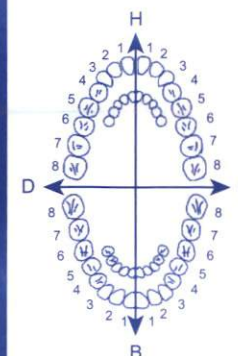
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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
----------------	------------------	-------------



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

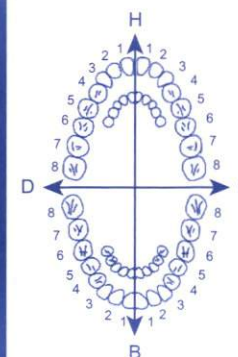
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Assurance Maladie Obligatoire



Réf : 713 - 3 - 01

Note confidentielle

(A remplir par le médecin traitant)

Nom et prénom de l'assuré

0001286304 1 18/06/1959
BAKRI-NACIRI
MOHAMME (RAM)
122002383
CARDIOLOGIE
SALLE LIT

Nom et prénom du médecin traitant :

HAFOU Noureddine

INPE et code à barres* :

199 246 241-1
Dr. HAFOU Noureddine
Cardiologue
الدكتور حفوف نور الدين
أمراض القلب والأوعية الدموية

110918

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que l'assuré(e))

Date de naissance du bénéficiaire :

Date de la consultation : / / / / / / / / / /

Diagnostic et motif des soins :

AVC ischémique Trouble du langage

Antécédents et facteurs de risque :

HTA Tabac su

Examen clinique à l'admission :

Aphasie TA 16/09/20
T 16/09/20

Résultats des bilans para cliniques :

TDM control AVC ischémique

Libellé et nature des soins :

Repos strict 2 semaines / Echocardiographie
suivi Thérapeutique / ECG

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
Cardio 04 jours	10/01/21 10/01/21 12/01/21	/ / / / / / / / / /

Fait à :

Casa

Le :

/ / / / / / / / / /

Signature et cachet du médecin traitant

Dr. HAFOU Noureddine
Cardiologue
الدكتور حفوف نور الدين
أمراض القلب والأوعية الدموية

* Accrocher l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

Fax :

Adresse OG

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

NOM ET PRENOM DU MALADE: Bakri Naimi Mohamed

SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE: Service Cardio

MEDECIN RESPONSABLE: Dr Haddi

MOTIF DE L'HOSPITALISATION: Urgence

DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION: _____

CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE: _____

PIECE JOINTE: ☐ CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION

1286304

ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION

FRAIS DE SEJOUR	Nbre jour	P. U.	TOTAL
S. INT.			
S. NORMAL	4 x 500		2000

NATURE DES PRESTATIONS COTAT. P. U. TOTAL

ACTES MEDICAUX			
ACTES CHIRURGICAUX			
ANESTHESIE	Echocardiogramme		600
SALLE D'OPERATION	Echocardiogramme		600
SOINS INTENSIFS			
SURVEILLANCE MEDICALE			
EXAMENS	ECG		1000
RADIOLOGIE			1500
BIOLOGIE			3000
FOURNITURES			
PHARMACIE			1000
AUTRES			

TOTAL DE L'ESTIMATION

8600

TOTAL

Cette estimation n'est établie qu'à titre indicatif et est susceptible de modification en cas de prolongation justifiée de l'hospitalisation ou en cas de complication.

DATE: 2/05/22
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VISA: DERB GHALLEF CASABLANCA
CACHE: Service Admission / Facturation
DE LA POLYCLINIQUE

PRISE EN CHARGE ACCORDEE A CONCURRENCE DU SOLDE DU PLAFOND A CE JOUR SOIT DH
EN CHIFFRE
EN TOUTES LETTRES

VISA ET CACHET DE L'ASSUREUR

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

CACHET DE L'EMPLOYEUR: _____

NUMERO DE POLICE: _____

NUMERO D'AFFILIATION DE L'ASSURE: _____

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE: _____

NOM ET PRENOM: _____ LIEN DE PARENTE: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

RESERVE A L'ASSUREUR

AVIS TECHNIQUE DU MEDECIN CONSEIL

- ☐ AVIS FAVORABLE ACCORDE LE
- ☐ AVIS DEFAVORABLE MOTIF

SIGNATURE ET CACHET DE L'ASSUREUR

DATE



Dr. Kab Halphi

وصفة
ORDONNANCE



Le 05/04/2022

Bakri Naciri Mohammed

Age :

ATCDs : HTA.

Hemiparésie gauche. à J₁ associée
à une dysarthrie.

⇒ Scanner Cérébral.

POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF
CAISSE DES URGENCES

Dr. Sophia TALE
Chef de Service des
Urgences Polyclinique
CNSS Derb-Ghalef

Dr. Youssef BEN ADADA
Médecin Généraliste
Polyclinique ADDAMANE
Dern-Ghalef

POLYCLINIQUE ADDAMAN - 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 :	1286300	N° SEJOUR :	220030099	FACTURE N° 2203011895		DATE D'ENTREE : 05/04/2022 DATE DE SORTIE : 05/04/2022				
ASSURE :				UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : BARKI NACIRI,Mohamed				
MALADE : BARKI NACIRI,Mohamed 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 :	1000.00						
DATE FACTURE : 05/04/2022	EDITEE LE : 05/04/2022	PAR: SAAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :					
			DATE AT :					
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN - Derb Ghallef					
			BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
			N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863024/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	1286303	N° SEJOUR :	220030104	FACTURE N° 2205008079		DATE D'ENTREE : 05/04/2022		DATE DE SORTIE : 05/04/2022			
ASSURE :						DESTINATAIRE :					
MALADE : BAKRI-NACIRI,Mohammed				UF: 5002 URGENCES		BAKRI-NACIRI,Mohammed					
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 CARDIOLOGUE + ECG		CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00

Intervenant :	010402 DR HAFDI NOUR EDDINE (CARDIOLOGUE)	TOTAUX :	250.00						250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
DEUX CENT CINQUANTE DHS			REMISE :	0.00	REGLE :	250.00		AVOIR :	
			RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 05/04/2022			EDITEE LE : 05/05/2022		PAR: IMANE		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :				
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef				
			BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
			N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				

POLYCLINIQUE CNSS -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 : 1286304	N° SEJOUR : 220030105	FACTURE N° 2205008080		DATE D'ENTREE : 05/04/2022		DATE DE SORTIE : 05/04/2022				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : BAKRI-NACIRI,Mohamme (Ram)		UF: 5002 URGENCES		BAKRI-NACIRI,Mohamme (Ram)						
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :		DERB KOREA RUE 39 NR 42 CASA						
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		LETRE	NOMBRE	PRIX	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
		CLE	x COEF	UNITAIRE	%		%		%	
CONSULTATION DE MEDECIN.					/ Dh		/ Dh		/ Dh	
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F.		CN	1.00	120.00	120.00				0.00 120.00	
Intervenant : 10672 DR BEN ADADA YOUSSEF		TOTAUX :		120.00					120.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
CENT VINGT DHS		REMISE :		0.00	REGLE :		120.00			AVOIR :
DATE FACTURE : 05/04/2022		EDITEE LE : 05/05/2022		PAR: IMANE		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :						
		Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef						
		BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
		N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31						