

# 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

- 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



## Déclaration de Maladie

M22- N° 001577

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3583 Société : RAM 116489

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BAKRI ALACIRI mohammed

Date de naissance : 18/06/1959

Adresse : DERB KORIA 39 N° 42 CASA

Tél. : 06 66 26 3701 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... Age: .....

Nom et prénom du malade : ..... Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... 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 : CASA Le : 05/04/2022

Signature de l'adhérent(e) : L+

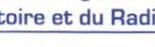
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

#### **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
05/04/99.	CHIRURGIE POLYCLINIQUE	CSSE 250,00	250,00	Dr. SOUAGH Signature
05/04/99.	CHIRURGIE POLYCLINIQUE	CAISSE MÉDECINE	120,00	Dr. SOUAGH Signature

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR MASTOUR MOHAMED Radiologue Polyclinique CNSS de la Chlef INPE : 91036335 	05/04/12	TOM	1000,-

## AUXILIAIRES MEDICAUX

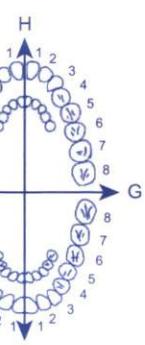
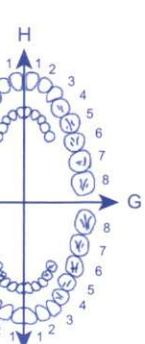
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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**

## Note confidentielle

(A remplir par le) (à remplir par le) médecin traitant)

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

05/04/2022

Nom et prénom da l'assur

Numéro d'immatriculation

/ / / / / / / / / / / /

Nom et prénom da médecin traitant :

HAFDI Noureddine

INPE et code à barres\* :

19912428201-1

Dr. HAFDI Noureddine

Cardiologue

الدكتور حفيظ نور الدوين  
طبيب القلب، والشرايين

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

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / / / /

110918

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

Diagnostic et motif des soins :

AVC soudain Troubles de la gare

Antécédents et facteurs de risque :

HTA

Tabagisme

Examen clinique à l'admission :

Aphésie TIA 16.04.19

Résultats des bilans para cliniques :

TDM cérébral AVC soudain

Libellé et nature des soins :

Hospitalisation sevrage  
ognith TherapieBloc  
Echographie

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
Cardio 04 Jours	DISI 10/4/12/04/24	/ / / / / / / / / / / /

Fait à : casa

Le : / / / / / / / / / /

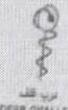
Signature et cachet du médecin traitant

Dr. HAFDI Noureddine  
Cardiologue

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

Fax :

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE  
POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF



A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

- NOM ET PRENOM DU MALADE
- SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE
- MEDECIN RESPONSABLE
- MOTIF DE L'HOSPITALISATION
- DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION
- CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE
- PIÈCE JOINTE

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

- CACHET DE L'EMPLOYEUR
- NOM ET PRENOM DE L'ASSURE
- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE
- NOM ET PRENOM
- DATE DE NAISSANCE

NUMERO DE POLICE

NUMERO D'AFFILIATION DE L'ASSUREUR

LIEN DE PARENTE

RESERVE A L'ASSUREUR

AVIS TECHNIQUE DU MEDECIN CONSEIL

- AVIS FAVORABLE ACCORDE LE \_\_\_\_\_
- AVIS DEFAVORABLE MOTIF \_\_\_\_\_

SIGNATURE ET CACHET DE L'ASSUREUR

DATE

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION →

1286304

ESTIMATION DU COÛT DE L'HOSPITALISATION

DUREE PROBABLE	FRAIS DE SEJOUR	Nbre jour	P.U.	TOTAL
	S. INT.	S. NORMAL	UX	1700

NATURE DES PRESTATIONS COTAT. P. U. TOTAL

ACTES MEDICAUX			
ACTES CHIRURGICAUX			
ANESTHESIE <i>Échec au</i>			600
SALLE D'OPERATION <i>Échec stop</i>			600
SOINS INTENSIFS			
SURVEILLANCE MEDICALE			
EXAMENS <i>FDM</i>			1000
RADIOLOGIE			160
BIOLOGIE			300
FOURNITURES			
PHARMACIE			1000
AUTRES			
TOTAL DE L'ESTIMATION			8610
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 *2/08/20*  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VIA DERB GHALLEF CASABLANCA  
CACHET Service Admission/Facturation  
DE LA POLYCLINIQUE

PRISE EN CHARGE ACCORDÉE A CONCURRENCE DU SOLDE DU PLAFOND A CE JOUR SOIT DH

EN CHIFFRE \_\_\_\_\_

EN TOUTES \_\_\_\_\_

LETTRES \_\_\_\_\_

VISA ET CACHET DE L'ASSUREUR

Cx K Nb Khalid  
وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف

DERB GHALLEF

Le 05/04/2022

Bakri Naciri No hammed

Age :

AT CDS & HTA.

Hemiparèse gauche. à J<sub>1</sub> associée  
à une dysarthrie.

⇒ Scanner  
Scanner

Cérébral.  
Scanner ~~hors service~~

POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF  
CAISSE DES URGENCES  
Dr. Sophia TALE  
Chef de Service des Urgences Polyclinique  
CNSS Derb-Ghallef

Dr. Youssef BEN ADADA  
Médecin Généraliste  
Polyclinique ADDAMAN  
Derb-Ghallef

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



VOTRE SANTÉ NOTRE PRIORITÉ

N° IPP :	1286300	N° SEJOUR :	220030099	<b>FACTURE N° 2203011895</b>				DATE D'ENTREE : 05/04/2022		DATE DE SORTIE : 05/04/2022	
ASSURE :			UF: 5003 RADIOLOGIE					DESTINATAIRE :			
MALADE :	BARKI NACIRI, Mohamed		N° IMMAT C.N.S.S. :		BARKI NACIRI, Mohamed						
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	
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>											
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							

POLYCLINIQUE ADDAMAN  
 DERB GHALLEF - CASABLANCA  
 Caisses d'urgences

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghalle

Rue de la Sécurité Sociale, Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-86302

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 :										
MALADE : BAKRI-NACIRI,Mohammed		UF: 5002 URGENCES	DESTINATAIRE : 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		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / 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 DRRISS 1ER - CASABLANCA						
	N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31						

N° IPP :	1286304	N° SEJOUR :	220030105	<b>FACTURE N° 2205008080</b>				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	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
<b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b> 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 : CENT VINGT DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
				REMISE :		0.00	REGLE :	120.00		AVOIR :	
				RESTE DÜ :		0.00	POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF CAISSE DES URGENCES				
DATE FACTURE : 05/04/2022				ACCIDENT DE TRAVAIL :							
EDITEE LE : 05/05/2022				N° DE POLICE :		DATE AT :					
PAR: IMANE				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef					
VISA				BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
				N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31					