

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- 0012443

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 459 Société : 118423
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NEUDA (TAMIN)
Date de naissance : 01.05.1948
Adresse : 28, Rue Mohamed LAAROUSSI Apt 1
CASABLANCA
Tél : 0652.82.07.95 Total des frais engagés : 1309,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Youssef YAQOUBI
Médecin Généraliste
TINPE : 09183269

Date de consultation : 28/05/2022
Nom et prénom du malade : RIDA AMINA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : rhop
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 : CASABLANCA Le : 28/05/2022
Signature de l'adhérent(e) : Youssef

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
				Dr. Youssef YAQOUBI Médecin Généraliste INPE : 09183269

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

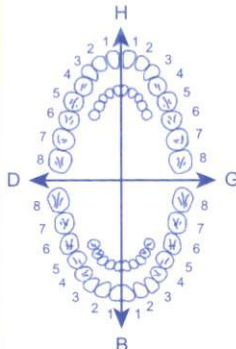
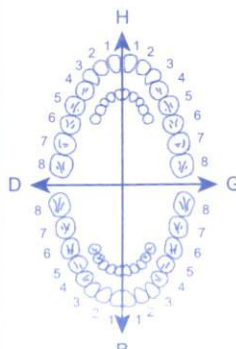
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة
ORDONNANCE



Le 28/05/2022

R. A. M.

Dr. Youssef

Dr. Youssef

Dr. Youssef

POLYCLINIQUE CNSS
DERB-GHALLEF CASABLANCA

Dr. Youssef

Dr. Youssef YAQOUBI
Médecin Généraliste
INPE : 09183269

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 : 1297520	N° SEJOUR : 220046015	FACTURE N° 2203018103		DATE D'ENTREE : 28/05/2022		DATE DE SORTIE : 28/05/2022				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : RIDA,Mina		UF: 5003 RADIOLOGIE		RIDA,Mina						
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :								
REF. PC 2 :										
NATURE DE PRESTATION	LETTRE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
	CLE				% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / 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 :			AVOIR :	
	RESTE DU:	1000.00					
DATE FACTURE : 28/05/2022	EDITEE LE : 28/05/2022	PAR: BAKHRI	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 : 1297520	N° SEJOUR : 220046003	FACTURE N° 2205013336	DATE D'ENTREE : 28/05/2022	DATE DE SORTIE : 28/05/2022
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :	DESTINATAIRE : RIDA,Mina	
MALADE : RIDA,Mina				
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		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNIT OXYGENOTHERAPIE PAR DEMIE HEURE	FURG15	1.00	100.00	100.00					0.00	100.00
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				71.50					0.00	71.50
FOURNITURES MEDICALES				17.70					0.00	17.70

Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX : 309.20						309.20
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT NEUF DHS ET VINGT CENTIMES	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
	REMISE : 0.00	REGLE : 309.20				AVOIR :	
	RESTE DU: 0.00						
DATE FACTURE : 28/05/2022	EDITEE LE : 28/05/2022	PAR: BAKHRI	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				

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



Casablanca le : 28/05/2022

Nom du patient (e) : RIDA MINA

TDM THORACIQUE

Technique : AH sans injection de PDC en FP et FM

Résultat :

- Absence de nodule ou de foyer parenchymateux d'allure évolutive
- Absence de surdensité en verre dépoli
- Absence de bulles d'emphysème
- Absence d'adénopathies hilo-médiastinales
- Absence d'épanchement pleural ou péricardique
- Médiastin en place

CONCLUSION :

- TDM thoracique sans anomalies

DR MASTOUR MOHAMED
Radiologie Polyclinique
CNSS Derb Ghallef
INPE : 910202016