

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.

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

N° M21- 0060372

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9461 Société : RAN (125231)

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : BELENIKADEN Age : 17

Date de naissance : 05 03 65

Adresse :

Tél. : 0660371092 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/05/2022

Nom et prénom du malade : BELENIKADEN KHAULA Age :

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

Nature de la maladie : Infection du pied

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
09/05/2022	Pres		207,4	Dr. RABAH BOUDEL Polyclinique CNSS Derb Ghallef - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HAHMADA CHAOU ANIMIDA Mohammed 497, Bd. El Fida - Casablanca Tél : 05 22 28 08 21 M : 092018357 - ICE : 001448390000087	09/05/22	714,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09/05/22		

AUXILIAIRES MEDICAUX

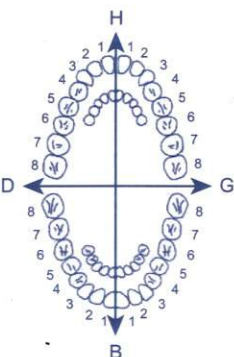
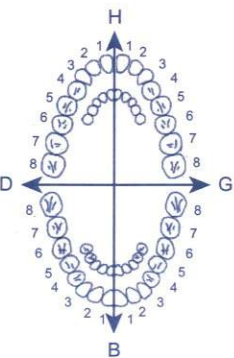
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
				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



درب غلف

DERB GHALLEF

Le 09 / 05 / 2022

BELENKABEN
KHAULA

Pied G F / 8/4

Dr. RABAH Abdelhif
Polyclinique CNSS
Derb Ghallef - Casablanca

وصفة
ORDONNANCE



Le

09/10/2022
BELENKADEN KHALLA

10,20
x 2

Dobstop 20

14 gsf

347,00 x 2

Xarelto 10

14 1g x 20j

LOT : 9915
UT. AV : 09 - 24
P. P.V : 10 DH 20

10,20

Xarelto® 10 mg / 10 cps
Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH
Bayer S.A.



6 118 001 090648

PHARMACIE CHAOUTI
AHMIDA Mohammed
497, Bd. El Fida - Casablanca
Tél : 05 22 86 30 21

INPE : 092018357 - ICE : 001448390000087

Xarelto® 10 mg / 10 cps
Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH
Bayer S.A.



6 118 001 090648

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: 1292775 N° SEJOUR: 220039361

FACTURE N° 2205010884

DATE D'ENTREE: 09/05/2022 DATE DE SORTIE: 09/05/2022

ASSURE:

MALADE: BELEMKADEM, Khawla

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.:

DESTINATAIRE:

BELEMKADEM, Khawla

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

AUTRES ACTES COTES EN K

ACTE DE SPECIALITE MEDICALE

K

25.00

22.50

562.50

0.00

562.50

FOURNITURES MEDICALES

145.20

0.00

145.20

Intervenant: 06112011 DR RABANI ABDEL TIF (GENERALISTE)

TOTAUX:

707.70

707.70

Arrêtée la présente facture à la somme de:

SEPT CENT SEPT DHS ET SOIXANTE DIX CENTIMES

PLAFOND PC:

ACOMPTE:

REMISE:

0.00

REGLE:

AVOIR:

RESTE DU:

707.70

DATE FACTURE: 09/05/2022

EDITEE LE: 09/05/2022

PAR: MOURAD

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

Signature et cachet du médecin traitant

Tél. :

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 : 1292775	N° SEJOUR : 220039350	FACTURE N° 2203015508		DATE D'ENTREE : 09/05/2022		DATE DE SORTIE : 09/05/2022				
ASSURE :				DESTINATAIRE : BELEMKADEM,Khawla						
MALADE : BELEMKADEM,Khawla NOM JEUNE FILLE :		UF: 5003 RADIOLOGIE								
		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 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										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU :	150.00						
DATE FACTURE : 09/05/2022	EDITEE LE : 09/05/2022	PAR: MOURAD .	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			



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 :	1292775	N° SEJOUR :	220039351	FACTURE N° 2205010879		DATE D'ENTREE : 09/05/2022		DATE DE SORTIE : 09/05/2022			
ASSURE :				DESTINATAIRE : BELEMKADEM,Khawla							
MALADE : BELEMKADEM,Khawla											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
CONSULTATION DE MEDECIN.						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
CONSULTATION DE GENERALISTE		C	1.00	80.00	80.00					0.00	

Intervenant : 06112011 DR RABANI ABDELTIF (GENERALISTE)		TOTAUX :		80.00						80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :						ACOMPTE :
QUATRE-VINGT DHS				REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :
				RESTE DU :		80.00				
DATE FACTURE : 09/05/2022		EDITEE LE : 09/05/2022		PAR: MOURAD		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 : 09/05/2022

Patient (e) : BELEMKADEM KHAWLA

RX. PIED GAUCHE F/P

Minéralisation osseuse normale.

Absence d'anomalie articulaire ou architecturale osseuse.

Absence d'anomalie des parties molles.

DR MESTOUR

DR MASTOUR MOHAMED
Radiologue Polyclinique
CNSS Derb Ghallef
INPE : 91036335

BELEPKADEN №1

casa Re 8/8/22

№ 9461

PHONE 30660371092

Je déclare sur l'honneur que
ma fille KHAULA BELEPKADEN a subit
une tombe à ma maison le 9.05.22
cause entorse cheville et fissure
pied gauche.
merci

Belep Kaden №1

