

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

N° W21-721202

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7342 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUKI HASSAN

Date de naissance : 27/02/1968

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0661915343 Total des frais engagés : 597,00

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : D'RABANI ABE Polyclinique C Derb Ghalie INP: 09111750

Date de consultation : 16/10/2022

Nom et prénom du malade : CHOUKI Hassan Age: 54

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

Nature de la maladie : MFCU unilatérale

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je connais la clause relative à la protection des données personnelles.

CASA

Le: 16/10/2022

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.

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
18/10/2022		C10	120,00	INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	16/10/22	140.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

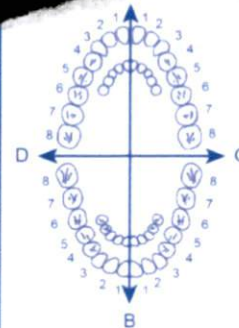
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
[Signature]	16.10.22	B150	217,10

AUXILIAIRES MEDICAUX

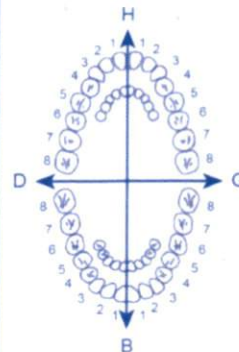
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

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

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT 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'EXE



وصفة
ORDONNANCE

Le 16 / 10 / 2022

Chouki
Hassan

ECRU



Mr CHOUKI Hassan

27-02-1968

2210163040



SUR CAHIER
MEDECIN

D'RABANI Abdeltif
Polyclinique CNSS
Derb Ghallef
INP: 091117507



FACTURE N° 2210163040
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 16/10/2022
INPE : 093002574

Mr Hassan CHOUKI
Demande N° 2210163040
Date de l'examen : 16/10/2022

Récapitulatif des analyses	
Analyse	Clé
RECEPTION URINES	E0
Cytologie. Culture. Identification	B90
ATBU	B60

Total des B : 150
Total à payer : **217.50** Dirhams

Arrêtée la présente facture à la somme de :
deux cent dix-sept dirhams cinquante centimes

*(HN) = analyse hors nomenclature





« Ceci est un mail seul le résultat papier fait foi »

File Number/ Dossier N° : **2210163040**
Results of/ Résultats de : **CHOUKI Hassan**
Date of birth/ Date de naissance : **27/02/1968**
ID Number /N° CIN : **BE81452**

Mme/Mr Le DR Prescripteur Médecin

Edition on/Edition du : 17/10/2022

File registered on/Dossier enregistré le:
16/10/2022 à 14:53

Dear colleague, we thank you for your trust and we will send you the results of your patient.
Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

Compte-rendu complet

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Recueil	2ème jet		
Aspect	Légèrement trouble		
			29/03/2022
Leucocytes	50 / mm3	(0-10)	4
Hématies	6 / mm3	(0-1)	<1
Cellules épithéliales	Rares		
Cylindres	Absence		
Cristaux	Absence		
Levures	Absence		
Examen direct	Absence de germes		

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Cultures	Stériles.
Numération 1	<10 ⁵ UFC/ml

Biological validation by/ Validation biologique par : Dr M. BEZZARI

Dr K. OUZZANI

2210163040 – CHOUKI Hassan

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES CASALAB PALMIER SCP

50, Rue Al Mortada - Palmier - Casablanca

☎ 05 22 236 717 / 05 22 988 383 ☎ 05 22 236 729 ✉ accueil.casalab@gmail.com

IF : 37741235 • Patente : 34771789 • CNSS : 6576120 • ICE : 002189772000081



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 : 1330271	N° SEJOUR : 220092696	FACTURE N° 2205027046		DATE D'ENTREE : 16/10/2022		DATE DE SORTIE : 16/10/2022				
ASSURE :				DESTINATAIRE : CHOUKI,Hassan						
MALADE : CHOUKI,Hassan		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 GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 06112011 DR RABANI ABDELTIF (GENERALISTE)	TOTAUX :	120.00						120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU :	120.00					
DATE FACTURE : 16/10/2022	EDITEE LE : 16/10/2022	PAR: SAAD	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 CASABLANCA
CAISSE URGENCES

NOUVELLE DEMANDE

NOUVELLE DEMANDE

Mr CHOUKI Hassan

M 27-02-1968BE81452

2210163040

Date/Heure

Préleveuse:

-PRELEVEMENT-

ATBU, CTRL, ECBU