

# 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.

M22- 0048528

157964

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2945

Société :

Actif

Pensionné(s)

Autre :

Nom & Prénom :

Jamil El Mostapha

01/01/1943

Date de naissance :

Hy My Rachid Imm 2 N° 38 B

Tél. :

0522 70 52 16 Total des frais engagés : 899,77 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

JAMIL EL MOSTAFA

Age : 1943

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

GTA vertige

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.



Fait à : Casablanca

Le : 06 / 06 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Jamil

Signature : Jamil

# 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
25/03/23	(CSC)	150	869,07	DERB-DOLI POTLA & Mustapha Cardiologue 0661 06 29 52
26/03/23	CSC	150	869,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SIKA : 0016322000023 HARIBA : 0016322000023 HARIBA : 0016322000023 HARIBA : 0016322000023	25/3/23	105,70

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/03/23	150	105,70

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVE 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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412 00000000	21433552 00000000		
	D	00000000	00000000		
	B	35533411	11433553		
	G				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DEBUT D'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					





درب غلف

DERB GHALLEF

## وصفة ORDONNANCE

Le 25 - 03 - 23

Dr JAMAL EL MOSTAFA

NFS une veet glycerin  
ITBAGL cholestérol et le cholecole  
+ Troponine + triglycéride.  
Acide urique.

ENZOO 14  
POLYCLINIQUE ADDAMA  
DERB-GHALLEF CASABLANCA  
Caisse Nationale

Dr. ATLAB Mustapha  
Cardiologue  
أخصائي أمراض القلب و انتباخ  
Gsm: 0661 06 29 42



## **ORDONNANCE INTERNE**

## Service

مصحة  
POLYCLINIQUE

POLYCLINIQUE

Urgent



درب غلف

DERB GHALLEF

ORDONNANCE INTERNE				Service.....		Urgence	
CODE SERVICE			CODE	NOM .....		CNSS	
CU	CD	CS	MEDECIN	PRENOM .....		Dr. Mostapha Ghalef	
Le devoir de vous protéger							
NOM DU PRODUIT PHARMACEUTIQUE		POSOLOGIE (Facultatif)		CODE NOMENCLATURE	QUANTITÉ		PRIX UNITAIRE
					PRESCRITES	LIVREES	MONTANT
				K 16			
				C 1			
LE MEDECIN		PHARMACIE TAMPON		PHARMACIE CENTRALE		Informatique	TOTAL
NOM .....		CODE _____		CODE _____			
Signature		Signature		Signature			

LABORATOIRE D'ANALYSE DE BIOLOGIE MEDICALE  
CNSS DERB GHALLEF

Date du prélèvement : 27-03-2023 à 12:15

Code patient : 2303250024

Né(e) le : ()

IPP : 1371296



Mr JAMIL EI Mostafa

Dossier N° : 2303270029

Prescripteur :

SERVICE DES URGENCES

MARQUEURS CARDIAQUES

25-03-2023

Troponine

Troponine T Hypersensible - Cobas e-411

25.47 pg/mL

(<14.00)

21.77

Valeur seuil : 14 pg/mL

En cas de faible augmentation initiale de la troponine T hs ( entre 14 et 100 pg/mL ), un second prélèvement après 3 heures permet de différencier le caractère de l'atteinte.

Validé par : Dr ZAHI LOUBNA

Dr Loubna ZAHI  
Médecin Biologiste  
CNSS  
Derb Ghallef

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpital  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-864205  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602

Date d'émission : 25/03/2023

Page : 1

DECOMPTÉ

**N° de séjour :** 230029208

*UF de présence :* 5002

**N° de séance :** 2023Q3250260

*UF demandeur :* 5002 URGENCES

N° IPP : 0001371296 JAMIL,El Mostafa

Date et heure : 25/03/2023 12:58

Né(e) le : 01/01/1960

*Intervenant :* 106999 EQUIPE BIOLOGISTES

<b>UF</b>	<b>INTERVENANT</b>	<b>CDAM/TARIF</b>	<b>LET.CLE</b>	<b>TARIF</b>	<b>COEFF</b>	<b>COEF.T</b>	<b>MONTANT</b>
5002	EQUIPE BIOLOGISTES	Troponine	B	1.10	1.00	250.00	275.00

**Total :** 275.00



N° IPP :	1371296	N° SEJOUR :	230029208 .	<b>FACTURE N° 2305008298</b>			DATE D'ENTREE :	25/03/2023	DATE DE SORTIE :	25/03/2023
ASSURE :							DESTINATAIRE :	JAMIL,El Mostafa		
MALADE :	JAMIL,El Mostafa			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		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
<b>ACTES DE BIOLOGIE</b>										
ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE	B	250.00	1.10	275.00					0.00	275.00

Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES .				TOTAUX :	275.00						275.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
DEUX CENT SOIXANTE QUINZE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :		
				RESTE DU:	275.00						
DATE FACTURE : 25/03/2023 EDITEE LE : 25/03/2023 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			

DÉPARTEMENT DES URGENCES  
POLYCLINIQUE CNSS - DERB GHALLEF  
CASABLANCA



N° IPP : 1371296 N° SEJOUR : 230029192

**FACTURE N° 2305008292**

DATE D'ENTREE : 25/03/2023

DATE DE SORTIE : 25/03/2023

ASSURE :

MALADE : JAMIL,El Mostafa

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

JAMIL,El Mostafa

NATURE DE PRESTATION

LETTRE  
CLENOMBRE  
x COEFPRIX  
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 : 210104 DR ATLAB MUSTAPHA (CARDIOLOGUE) TOTAUX : 250.00 250.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE : 250.00

AVOIR :

RESTE DU:

0.00

DATE FACTURE : 25/03/2023

EDITEE LE : 25/03/2023 PAR: SAAD

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef

BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA

N° compte bancaire :

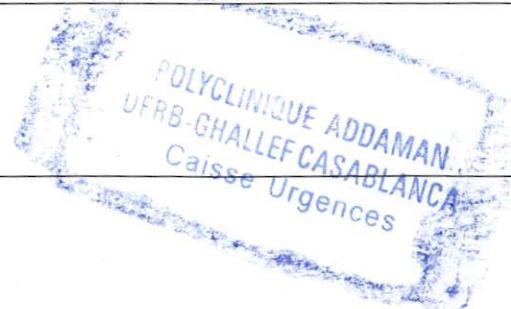
011 780 0000 70 210 00 60 028 31





N° IPP : 1371296	N° SEJOUR : 230029191	<b>FACTURE N° 2305008291</b>				DATE D'ENTREE : 25/03/2023		DATE DE SORTIE : 25/03/2023				
ASSURE :						UF: 5002 URGENCES		DESTINATAIRE :				
MALADE : JAMIL, EL Mostafa		N° IMMAT C.N.S.S. :		JAMIL, EL Mostafa								
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :										
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
AUTRES ACTES COTES EN K												
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE		K		5.00	22.50	112.50					0.00	112.50
CONSULTATION DE MEDECIN.												
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)		CN		1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES						31.29					0.00	31.29
FOURNITURES MEDICALES						5.28					0.00	5.28

Intervenant : M0100016 DR BENSGHIR IMAD		TOTAUX :	269.07							269.07
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
DEUX CENT SOIXANTE NEUF DHS ET SEPT CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE:	269.07				AVOIR:	
		RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 25/03/2023		EDITEE LE : 25/03/2023	PAR: SAAD	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								

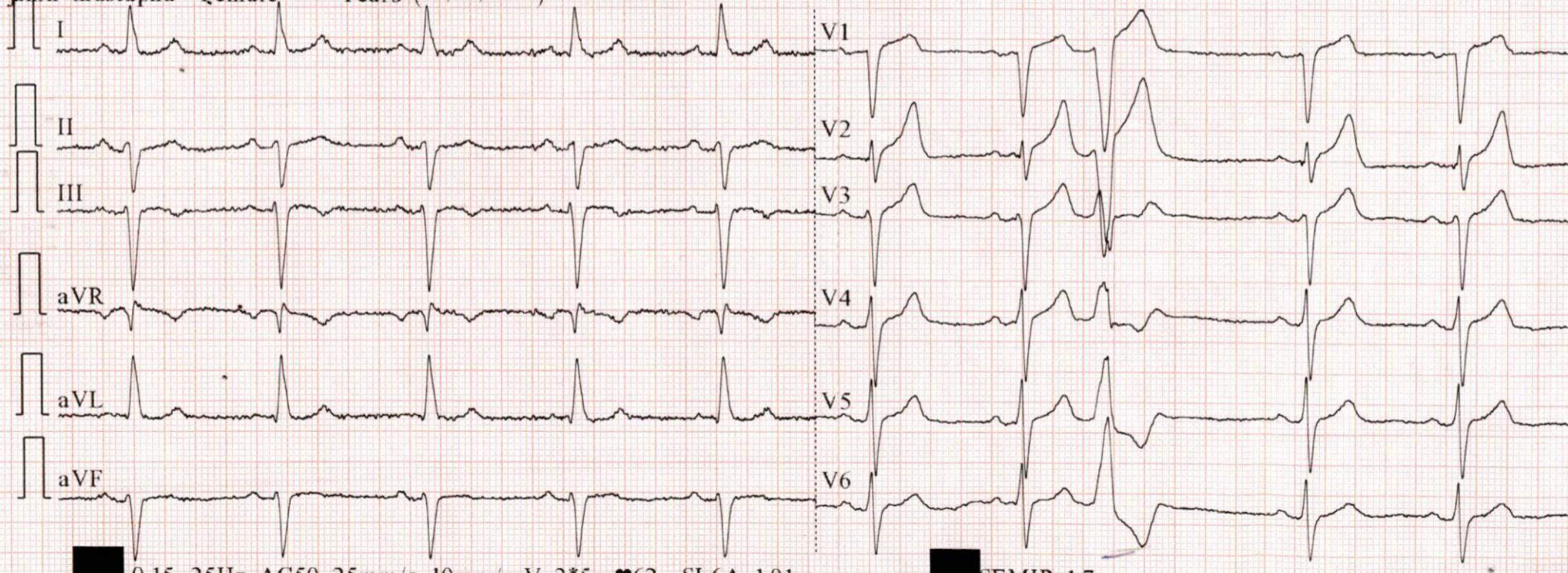


ID: 9

Jamil mustapha Female

25-03-2023 13:00:17

Years ( / / )



ID: 9

jamil mustapha

Female      Years ( / / )

25-03-2023 13:00:17

HR : 60 bpm

P : 128 ms

PR : 200 ms

QRS : 115 ms

QT/QTc : 420/422 ms

P/QRS/T : 58/-53/34 °

RV5/SV1 : 0.730/1.079 mV

#### Diagnosis Information:

Sinus Rhythm

Left Anterior Hemi Block

Poor R Wave Progression(V3)

Premature Ventricular Contraction

[REDACTED] Report Confirmed by: