

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5285 Société : RAI 16087

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZIATI MILoud

Date de naissance : 08.10.1957

Adresse : HOTEL WAFA N° 284 DRRAVIET BERRECHID

Tél. : 07.00.79.40.65 Total des frais engagés : 1397,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : RACHIDA TOUGHR Age: 61 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection ORL

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 : DERROUR Le : 10/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
24/05/23	2		10000	<i>DR HAJAR</i> Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico - Faciale Tél: 041187386
08-05-23	Colore	G		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL DUMOUNI 244 Icassement el Berrouet Fix : 04.22.53.30.54	08-05-23	247,63

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08-05-23	1000	1000

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة
ORDONNANCE

Le 08-05-93

Rabia Tayach

Tu. 8^e AN

FARMACIE EL OUMOUIMA
244 ICHASSSEMENT EL WAFAA
Dorsia 33532054

① ~~Spécial Soins~~ /
Rp x 28

27.1.93

② ~~Spécial Soins~~ /
Rp x 30

17.7.0

③ ~~Elixir~~ /
Rp x 30

52.8

④ ~~Gel~~ /
Rp x 20

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05

Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 36 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

247,60

ELUDRIL
SOLUTION 90 ML
P.P.V:17DH70
PER. 02/2026



Tenir hors

LOT: 11822019
PER: 12/2025
P.P.V: 52.80 DH

LOT: 11822025
PER: 12/2025
P.P.V: 52.80 DH

1180

LOT 211481
EXP 04/2024
P.P.V 52.80 DH

G : L

G : G



درب غلف
DERB GHALLEF

وصفة
ORDONNANCE

04 MAI 2023

Le

D.- Rabia Targach

POLYCLINIQUE CNSS
DERB-GHALLEF CASABLANCA
Caisse Radiologie

Tetraze pour paracétamol

STOM des Sius

(Comprimés osidol / Gomme)

Dr. SOULDI Hajar
Spécialiste en ORL et Chirurgie
Cervico - Faciale
INPE: 041187386

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 :	1380291	N° SEJOUR :	230042511	FACTURE N° 2303016149				DATE D'ENTREE :	04/05/2023	DATE DE SORTIE :	04/05/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	TAYACH, Rabia		UF: 5003 RADIOLOGIE				TAYACH, Rabia				
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	
ACTES DE RADIOLOGIE	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 :			PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
MILLE			REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR:	
DATE FACTURE :	04/05/2023	EDITEE LE :	04/05/2023	PAR:	BILAL	RESTE DU:	1000.00			
VISA			<i>POLYCLINIQUE CNSS - DERB GHALLEF CASABLANCA</i>							
			<i>ACCIDENT DE TRAVAIL</i>							
			<i>N° DE POLICE :</i>							
			<i>DATE AT :</i>							
			<i>Règlement à effectuer à l'ordre de :</i>							
			<i>POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef</i>							
			<i>BANQUE :</i>							
			<i>BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA</i>							
			<i>N° compte bancaire :</i>							
			<i>011 780 0000 70 210 00 60 028 31</i>							

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 : 1380195	N° SEJOUR : 230042354	FACTURE N° 2302011671				DATE D'ENTREE : 04/05/2023		DATE DE SORTIE : 04/05/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		RABIA,Tayach		
MALADE : RABIA,Tayach		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
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.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 13092017 DR SOULDI HAJAR OTO-RHINO LARYNGOLOGISTE	TOTAUX : 150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:
			REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR:
			RESTE DU:	0.00				
DATE FACTURE : 04/05/2023	EDITEE LE : 04/05/2023	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 DRISS 1ER - CASABLANCA					
			N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					

Caisse
Police
Polyclinique
Consultation
Derb Ghallef
CNSS

SERVICE DE RADIOLOGIE



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

prénom :TAYACH RABIA

Examen du : 04.05.2023

SCANNER DES SINUS

TECHNIQUE :

Examen réalisé en acquisition hélicoïdale sans injection de PDC iodé sur le sinus avec reconstructions multiplanaires.

RÉSULTATS :

Sinus :

Bonne aération de l'ensemble des sinus de la face.

Agénésie du sinus frontal gauche

Pas d'épaississement muqueux, ni niveau hydro-aérique visible.

Liberté des carrefours ostio-méatiques.

Absence de matériel dentaire visualisé dans les récessus des sinus maxillaires.

Pas de déviation significative de la cloison nasale.

Absence de concha bullosa.

Absence de variante à risque chirurgical notamment pas de procidence des canaux carotidiens ni procidence des canaux optiques. Pas de déhiscence de lame criblée de l'ethmoïde.

Pas de lésion ostéolytique ou ostéocondensante suspecte.

CONCLUSION :

Absence de signe de sinusite aigue ou chronique.

Absence de variante significative à risque de confinement ou à risque chirurgical.

A noter un petit kyste de rétention sous muqueux du sinus maxillaire droit

