

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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0007384

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5285 Société : RAI 16087
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZIATE MILLOU
Date de naissance : 08.10.1957
Adresse : HOTEL Wafa N°284 DRRONT
BERRECHID
Tél. : 07.00794065 Total des frais engagés : 1397,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Rabia TAYAR 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 : DRRONT

Le : 10/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

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
24/08/23		2	10000	
08-09-23		6	6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMOUNI 244 boulevard el wadi Deraa Fix : 0022 53.20.54	08-05-23	247,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04-05-23		1000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

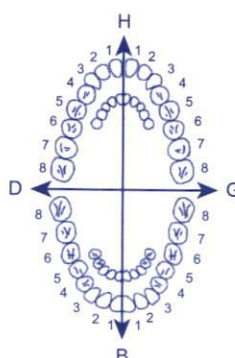
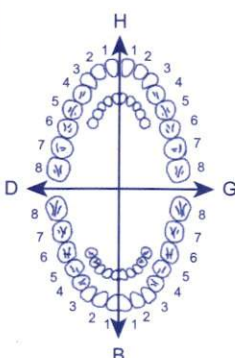
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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 CCEFFICIENT 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 08.05.23

Dr. Rabia Tayach

74.80 x2

① Sepce 500 g

lp

x2 f

10 f

② Spaxfer 500

lp

x3 d

10 f

③ Flucan 150 B

52.80

④ Cefixime 500

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

Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

247.60

LOT: 23E005
PER: 02/2026

ELUDRIL
SOLUTION 90 ML
P.P.V: 17DH70



6 11800001010548

05/18

Tenir hors

LOT: 211481
PER: 04/2024
PPV: 52.80DH

08/18

LOT: 211481
PER: 04/2024
PPV: 52.80DH

LOT 211481
EXP 04/2024
PPV 52.80DH

Signature

وصفة
ORDONNANCE



04 MAI 2023

Le

D. Rabia Tayach

POLYCLINIQUE CNSS
DERB-GHALLEF CASABLANCA
Caisse Radiologie

Tirage pour paracel

STOM des Sins

(Composés acides / alcalins)


Dr. SOULEIL Hajjar
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 : TAYACH,Rabia							
MALADE : TAYACH,Rabia											
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 MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / 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 : 04/05/2023	EDITEE LE : 04/05/2023	PAR: BILAL	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 : 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											
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 SPÉCIALISTE		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 Consultation
Polyclinique CNSS
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 multiplannaires.

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

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

DR MASTOUR MOHAMED
Radiologue Polyclinique
CNSS Derb Ghalef
INPE : 91036335