

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.

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

M22- 0057865

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00447 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : MARNISSI Ahmed
 Date de naissance : 07.01.1943
 Adresse : Résid. Al Wiam Imm 12 N°7 OULFA Casablanca
 Tél. : 06.61.80.83.36 Total des frais engagés : 1394,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. YAQOUBI Youssef**
 Médecin Urgentiste
 INPE : 001103269
 Date de consultation : 19.06.2023
 Nom et prénom du malade : MARNISSI Ahmed Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie :
 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.

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 : Casablanca Le : 19 / 06 / 2023
 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
19-06 2023	U		1200	Dr. YAQOUBI Youssef Médecin Urgentiste INPE - 001197260

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/06/23	124,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19-06 2023	ZAC	1200
	19-06 2023	MDA	1000

AUXILIAIRES MEDICAUX

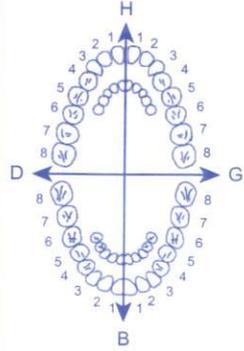
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

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.

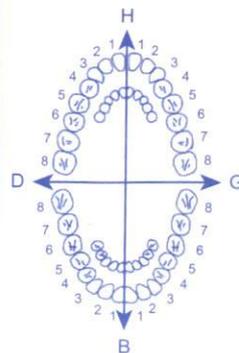
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
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



الضمان الإجتماعي

ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة
ORDONNANCE



le 19/06/23

NARWISSI AHMED

8990



4 Newflex cooling



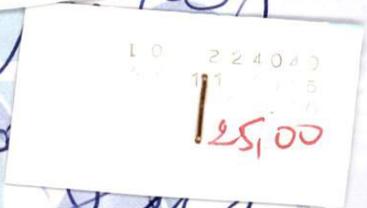
rapp x 27

25,00

2/2 Salpinx



rapp x 27



124,90

NB: Allergic to lactose

[Handwritten signature and scribbles]



صحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

DERG GHALLEF



وصفة
ORDONNANCE

le 19/06/2013

Hamissi Ouh

Youssef Youssef
or

Tom pagnet or

Dr. YAQOUBI Youssef
Médecin Urgentiste
INPE : 001193269





INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le :19.06.2023

Patient (e) : MARNISSI AHMED

TDM DU POIGNET DROIT

TECHNIQUE

Examen réalisé en mode hélicoïdal avec reconstruction MPR axiale, coronale et sagittale.

RESULTAT

Minéralisation osseuse normale.

Absence d'autre anomalie architecturale osseuse

Absence d'anomalies post traumatique

Absence d'anomalie des parties molles.

CONCLUSION

TDM du poignet droit ne révélant pas d'anomalie.

Pr CHIKHAOUI Nabil
Radiologue
INPE : 91036020

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 : 1391926	N° SEJOUR : 230059468	FACTURE N° 2303022398				DATE D'ENTREE : 19/06/2023	DATE DE SORTIE : 19/06/2023			
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE				DESTINATAIRE : MARNISSI,Ahmed				
MALADE : MARNISSI,Ahmed		N° IMMAT C.N.S.S :								
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
ACTES DE RADIOLOGIE										
TDM	TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00

Intervenant : 438055 DR CHIKHAOUI NABIL (RADIOLOGUE)	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 : 19/06/2023	EDITEE LE : 19/06/2023	PAR: KARIM	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						

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



الضمان الإجتماعي

ⵜⴰⵎⴰⵏⵜ ⵜⴰⵎⴰⵏⵏⴰⵢⵜ

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة
ORDONNANCE

le 18/06/2023

Mr. H. H.

Dr. Youssef

Dr. YAQOUBI Youssef
Médecin Urgentiste
INPE : 021183269



مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

DERB GHALLEF



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

Casablanca le : 19/06/2023

Patient (e) : MARNISSI AHMED

RX. POIGNET DROIT DE FACE ET DE PROFIL

Minéralisation osseuse normale.

Absence d'anomalie articulaire ou architecturale osseuse.

Absence d'anomalie des parties molles.

CONCLUSION

Radiographie poignet droit ne révélant pas d'anomalie.

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

DR MASTOUR MOHAMED
Radiologue - Polyclinique
CNSS Derb Ghalef
INPE : 91036335
Dr MESTOUR

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 : 1391926	N° SEJOUR : 230059457	FACTURE N° 2303022392	DATE D'ENTREE : 19/06/2023	DATE DE SORTIE : 19/06/2023
ASSURE :			DESTINATAIRE : MARNISSI,Ahmed	
MALADE : MARNISSI,Ahmed		UF: 5003 RADIOLOGIE		
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										
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 : 19/06/2023	EDITEE LE : 19/06/2023	PAR: KARIM	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 : 1391926	N° SEJOUR : 230059458	FACTURE N° 2305017230	DATE D'ENTREE : 19/06/2023	DATE DE SORTIE : 19/06/2023
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :	DESTINATAIRE : MARNISSI,Ahmed	
MALADE : MARNISSI,Ahmed				
NOM JEUNE FILLE :				
TIERS PAYANT 1 :				
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
CONSULTATION DE MEDECIN. VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A	V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE) 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 : 19/06/2023 EDITEE LE : 19/06/2023 PAR: KARIM 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