

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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](http://www.mupras.com)

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-779207

169223

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 86 NO		Société : RAT	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ABDEL KHALEK
Nom & Prénom : AFIF		Date de naissance : 02/11/1970	
Adresse : 702 Nassim Iслам Casablanca			
Tél. : 060 9993197		Total des frais engagés : 516,86 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Dr. Jaouad Chouaïb</b>                      Chirurgien Pédiatre                      Clinique CNSS                      Mère - Enfant  <small>INPE : 001015275</small> </div>	
Date de consultation :	01/05/2023
Nom et prénom du malade :	AFIF
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	fracture en
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/05/2023.



## 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
01/05/2023			190 DT	INP : 1111111111111111
8/5/2023				Signature Médecin : Dr. A. Boudjellal Sous le sceau du CNSS Sous le sceau de l'Enfant N° 42275

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACE HAFID EL MAJAR</b> 75 EL MABROUK Hakim Rabbi Oulfa - Casablanca 05 22 93 20 26	01/05/23	2680

## ANALYSES - PARAGRAPHS

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Conférences	Montant des Honoraires
<i>DR Mère</i>	<i>11/03/19</i>	<i>DR Mère</i>	<i>150 DTT</i>

ALMANAQUE MEDICAL 1954

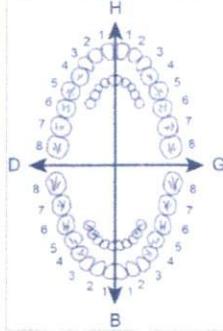
Cachet et signature du Particien	Date des Séances	Nombre d'enfant *				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PS	IM	IV	

## 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	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$  \begin{array}{r}  H \\  \hline  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  D & G \\  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553 \\  \hline  B  \end{array}  $				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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				

مَرْسَفَة

ORDONNANCE

le ..... 8/5/2023

AFIF Ned Aïn



Ghli F/P



# وصفة

## ORDONNANCE

Le ..... 1.5.2023

0000110000 1 10/05/2010 A  
AFIF  
MED ALI RAM  
123001720 01/05/2023 N  
CHIRURGIE C  
SALLE LIT S

26,80 Alg. Et g eff  
19 x 315 (3i)

S.V

Dr. Jaouad Chouaib  
Chirurgien Pédiatre  
Clinique CNSS  
Mère - Enfant  
INPE : 001042275

PHARMACIE HAY EL MATAR  
Dr. EL MABROUKI Hakim  
1, Bd. Oum Rabii Oulfa - Casablanca  
Tél.: 05 22 93 20 26





Le d-

0000776555  
AFIF

MED ALI RAM  
123001720

NOM ET P  
N° SEJOUR CHIRURGIE  
SALLE LIT

18/05/2010

01/05/2023

## BULLETIN DE SORTIE

COLLER UNE ETIQUETTE  
AU NOM DU PATIENT

Date d'entrée : .....

Date de sortie : .....

Heure de sortie : .....

### TRANSFERT VERS UNE AUTRE POLYCLINIQUE

- NORMALE
- CONTRE AVIS DU MEDECIN
- PROVISOIRE
- DECES



Date de retour : .....

Date de décès : .....

### Observations du Médecin

Fract, dist de 2 n de l'est han felle  
H'dmetr / plst n Aler

### Partie réservée au patient

#### SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL

Je soussigné, déclare sortir sur ma propre initiative et contre l'avis du médecin et de ce fait dégage la polyclinique et le médecin de toute responsabilité quant aux conséquences découlant de cette sortie.

Date : ..... Signature : .....

### MEDECIN TRAITANT

Date : .....

Signature : .....

11/5/23

Signature : .....

Dr. Jaafar Chouaib  
Chirurgien-pédiatre  
Centre de CNSS  
Mère-Enfant  
INPE : 010 2275



N° IPP : 776551	N° SEJOUR : 230013404	FACTURE N° 2305004781				DATE D'ENTREE : 01/05/2023		DATE DE SORTIE : 01/05/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		AFIF,Med Ali		
MALADE : AFIF,Med Ali		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>CONSULTATION DE MEDECIN</b>										
CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F		CsN	1.00	190.00	190.00				0.00	190.00

Intervenant : 114007 DR. CHOUAIB JAWAD		TOTALS :		190.00						190.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
CENT QUATRE-VINGT DIX DHS				REMISE : 0.00		REGLE : 190.00			AVOIR :		
DATE FACTURE : 01/05/2023		EDITEE LE : 01/05/2023		PAR: KAMILY		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :					
Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT									
BANQUE :		BMCE - YAACOUB ELMANSOUR									
N° compte bancaire :		011 780 0000 71 210 00 60070 49									



## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

## Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

# COMPTE RENDU

MEDECIN DEMANDEUR  
DR :

Nom : AFIF  
Prénom : MOHAMED ALI  
DATE : 08-05-23

## **EXAMEN RADIOGRAPHIQUE : AVANT BRAS GAUCHE F/P**

## RESULTATS

- Fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche sous plâtre.

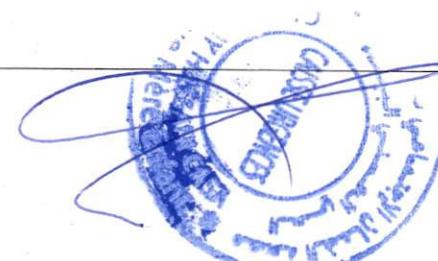
DR.BENKIRANE  
MEDECIN RADIologue  
CNSS H.HASSANI





N° IPP : 776551	N° SEJOUR : 230014354	<b>FACTURE N° 2303004264</b>				DATE D'ENTREE : 08/05/2023		DATE DE SORTIE : 08/05/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		AFIF,Med Ali		
MALADE : AFIF,Med Ali		UF: 5003 RADIOLOGIE				N° IMMAT C.N.S.S. :				
NOM JEUNE FILLE :										
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 RADIOLOGIE</b>										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO .	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS		REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR:	
		RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 08/05/2023	EDITEE LE : 08/05/2023	PAR: KAMILY	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>						
VISA			N° DE POLICE :						
			DATE AT :						
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT						
			BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR						
			N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49						



# **SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE**

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

## **COMPTE RENDU**

**MEDECIN DEMANDEUR**

Nom : AFIF  
Prénom : MOHAMED ALI  
DATE : 02-05-23

## EXAMEN RADIOLOGIQUE : AVANT BRAS GAUCHE F/P

## RESULTATS :

- Fracture métaphysaire distale des os de l'avant bras gauche.

PR OUZIDANE  
MEDECIN RADIOLOGUE  
PHH CNSS





POLYCLINIQUE



# BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical  
demandeur code

NOM DU MALADE

AFIF

Red ALS

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

le 01-05-23

## Renseignements clinique

- chf

## Examen demande



Le médecin traitant Dr. CHOGAIB

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24 x 30

36 x 43

35 x 35

18 x 24

Biffer les mentions inutiles

30 x 40

35 x 35

13 x 18

15 x 40

Total clichés =

Total posés =



TMOB

# BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical  
demandeur codeMère - Enfants  
Hay Hassani

NOM DU MALADE

AFIF

ALI

le 01-05-23

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

**Renseignements clinique****Examen demandé**

- chiti

Rx l'avo + bags  
01/05/23  
F à P

Le médecin traitant Dr. CHACHAIB

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24 x 30

36 x 43

35 x 35

18 x 24

30 x 40

35 x 35

13 x 18

15 x 40

Biffer les mentions inutiles

Total clichés =

Total posés =