

# 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- 0019540

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **0119533 MB4** Société : **903586**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MOUSSALI MBAR KAVIR KARIM IDRIS**

Date de naissance : **01-01-1945**

Adresse : **Bousid MAAROUFI N° 24 casa**

Tél. **06 74 04 12 31** Total des frais engagés : **13.34.65** Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR YOUSSEF YOUSSEFI  
Médecin Urgentiste  
INPE - 091183269**

Date de consultation : **13-03-2014**

Nom et prénom du malade : **Dr Youssef Youssefi** Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Hypertension**

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 : **casa** Le : **03/03/2014**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficients des Honoraires	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/03/2024		120,00		Dr. YAQOUBI YOUSSE Médecin Urgentiste INPE - 091191403260
03/03/2024		50,00		

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Lakbir QIYADI	03/03/2024	314,60

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Lakbir QIYADI	03/03/2024	0,13	0,13

### AUXILIAIRES MEDICAUX

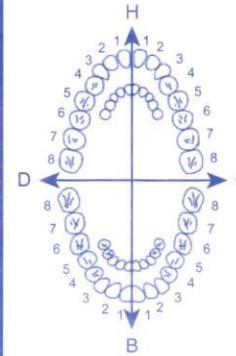
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

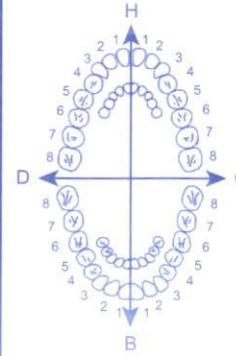
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				

ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G	

CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	
				
				(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 ... 28/5/124

M. EL NOUSSI A HIBARIA

14970  
1-

Drieger en forte op

PPV: 149DH7  
PER: 11/26  
LOT: M3970

2770  
2-

Ca d'aspirine 150mg

137,20

137,20 3.

rofantil 35 mg

314,60

Syr & Vi

(S.V)

الدكتور الدكتور Dr. Lahbib QIYADI  
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
CABIOLOGUE  
NPIE : 091191403

PHARMACIE  
PUISSEANCE PHARMA  
Angle Place et Rue Sidi Maârouf  
Casablanca - Tel: 0522 28 05 86  
Fax: 346472771 - IF: 14447437  
CIN: 9218058 - RC: 285647  
TIC: 0001596780000003

Mr Dade

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.



# CARDIOASPIRINE®

## 100 mg, comprimés gastro-résistants

### Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que CardioAspirine 100 mg et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations nécessaires à connaître avant de prendre CardioAspirine 100 mg ?
3. Comment prendre CardioAspirine 100 mg ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver CardioAspirine 100 mg ?
6. Informations supplémentaires

Cardioaspirine 100 mg/30cpr  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



CARDIOASPIRINE 100 MG ET DANS QUEL CAS E 6 118001 090280

actif l'acide acétylsalicylique. Ce dernier inhibe, à doses réduites déjà, les enzymes responsables de la dégradation de l'acide acétylsalicylique. Le comprimé ne se

# وصفة

## ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

le 08/03/2024

Mr. El Noussi NBMKA

HGT + Dyspnée

Cholestérol

28



10h, 08/03/2024

الدكتور الدكتور  
Dr. Lakbir QYADI  
عيادي  
طبي في أمراض القلب والشرايين  
CARDIOLOGUE  
INPE : 091191403



N° IPP : 1461386 N° SEJOUR : 240024339

**FACTURE N° 2403009028**

DATE D'ENTREE : 05/03/2024 DATE DE SORTIE : 05/03/2024

ASSURE :

MALADE : EL MOUSSALI, Mbarka

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

EL MOUSSALI, Mbarka

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 ECHO-DOPPLER CARDIAQUE	CX13	1.00	650.00	650.00					0.00	650.00

Intervenant : M0100003 DR. QIYADI LAKBIR	TOTAUX :	650.00								650.00
--	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :

REMISE : 0.00 REGLE : 650.00 ACOMPTE :

RESTE DU : 0.00 AVOIR :

DATE FACTURE : 05/03/2024

EDITEE LE : 16/04/2024

PAR: BILAL

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

# CARDIOLOGIE CNSS DERB GHALLEF

## ECHOCARDIOGRAPHIE

Nom **EL MOUSSALI,**  
**MBARKA**  
Id patient **EL MOMB\_39294**

2D

	<u>M-Mode</u>	<u>Doppler</u>	
SIVd	1.1 cm	VM E Vit	0.36 m/s
VGd	4.6 cm	VM T.déc	333 ms
PPVGd	1.2 cm	VM Pente Dec	1.1 m/s <sup>2</sup>
SIVs	1.5 cm	VM A Vit	0.65 m/s
VGs	2.7 cm	VM E/A Ratio	0.56
PPVGS	1.6 cm	E'	0.04 m/s
Vol.Téléd.(Teich)	98 ml	E/E'	8.07
Vol.Télés.(Teich)	28 ml	IT Vmax	2.12 m/s
FE(Teich)	71 %	IT GDmax	17.99 mmHg
FR%	41 %		
Vol.Eject.(teich)	70 ml		
Mas. VGd	233.27 g		
Mas.VG.syst	171.98 g		
Ao Diam	2.4 cm		
OG Diam	3.6 cm		
OG/Ao	1.51		

**Conclusion :**

CAVITES CARDIAQUES E TAILLE NORMALE, LIBRE D ECHO,  
CINETIQUE ET FNCTION VG CORRECTES  
PAS DE VALVULOPATHIE MITROAORTIQUES  
PERICADE SEC  
VCI NORMALE  
PAPS NORMALE

Date 05/03/2024

الدكتور الدكتور لبيب قيادي  
Dr. Lakbir QIYADI  
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
CARDIOLOGUE  
INPE: 091191403

# CARDIOLOGIE CNSS DERB GHALLEF

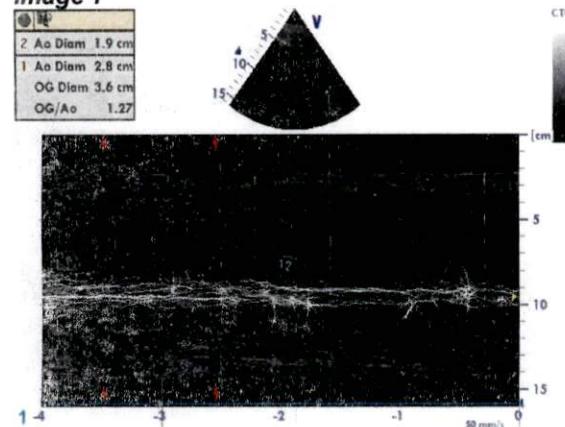
## ECHOCARDIOGRAPHIE

GE Healthcare  
VIVID S6

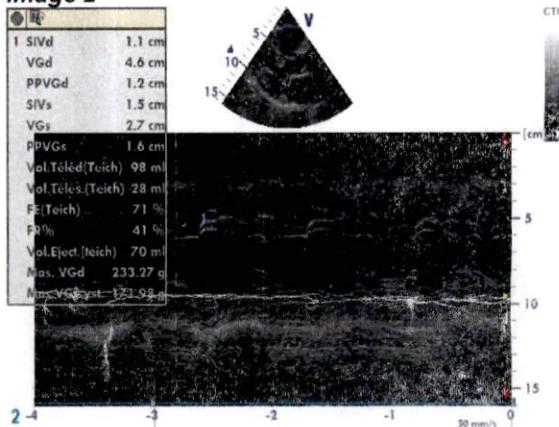
Name **EL MOUSSALI, MBARKA**  
Birthdate  
Patient Id **EL MOMB\_39294**  
Height  
Weight

Date **05/03/2024**  
Sonographer **Default user**  
Referral Dr.

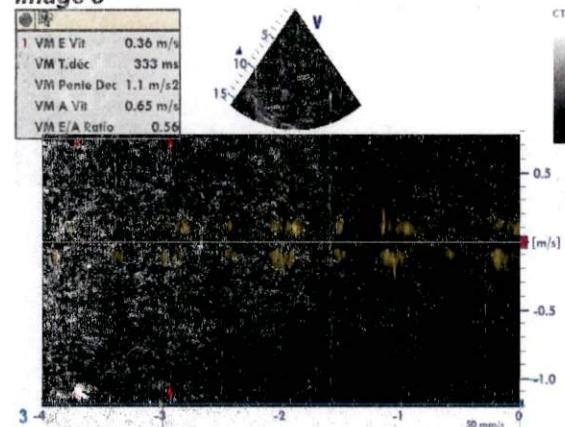
**Image 1**



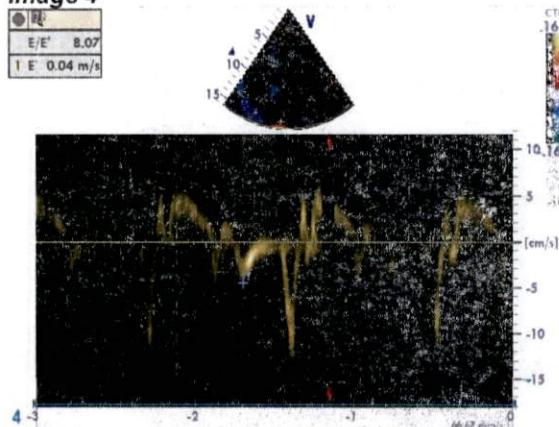
**Image 2**

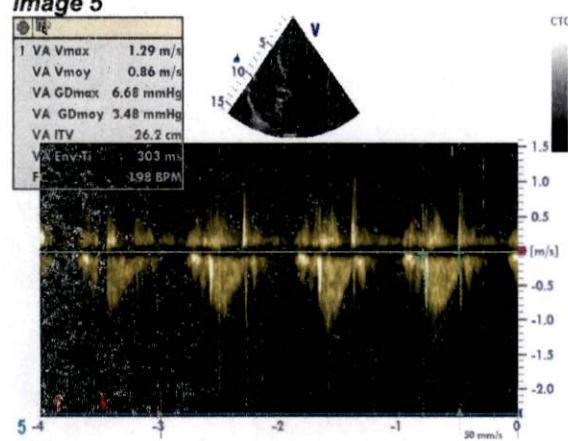
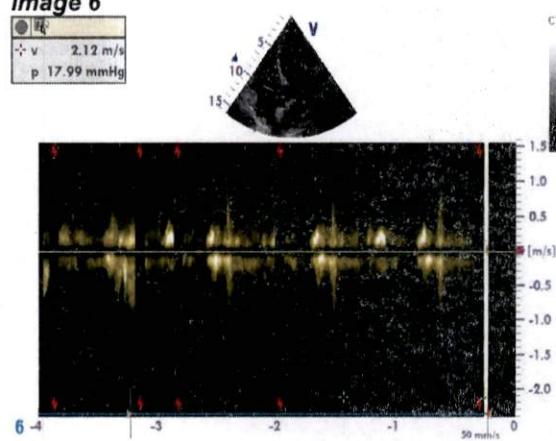
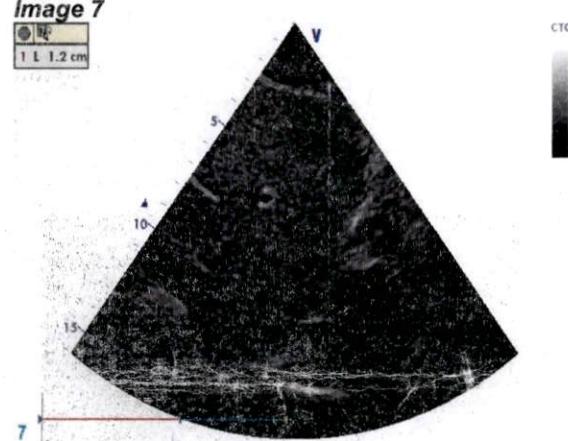


**Image 3**



**Image 4**



**Image 5****Image 6****Image 7****Image 8**

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 :	1460957	N° SEJOUR :	240023718
----------	---------	-------------	-----------

**FACTURE N° 2405006821**

DATE D'ENTREE :	03/03/2024	DATE DE SORTIE :	03/03/2024
-----------------	------------	------------------	------------

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : EL MOUSALI, Mbarka

EL MOUSALI, Mbarka

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

UF: 5002 URGENCES

TIERS PAYANT 2 :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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>	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F										

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 : 03/03/2024 EDITEE LE : 03/03/2024 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



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 : 1460957 N° SEJOUR : 240023717

FACTURE N° 2405006820

DATE D'ENTREE : 03/03/2024

DATE DE SORTIE : 03/03/2024

ASSURE :

MALADE : EL MOUSALI, Mbarka

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 :

EL MOUSALI, Mbarka

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

CONSULTATION DE MEDECIN.

CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG

CSC

1.00

250.00

250.00

0.00

250.00

Intervenant : M0100003 DR. QIYADI LAKBIR

TOTAUX :

250.00

250.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE :

0.00

REGLE :

AVOIR :

RESTE DU:

250.00

ACCIDENT DE TRAVAIL :

N° DE POLICE :

DATE AT :

DATE FACTURE : 03/03/2024

EDITEE LE : 03/03/2024

PAR: SAAD

Règlement à effectuer à l'ordre de :

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef

BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA

011 780 0000 70 210 00 60 028 31

BANQUE :

N° compte bancaire :

VISA

