

# 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.

## Biologie 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.

## Educational :

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

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 : N° P19- 0003727

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2589 Société : Ram  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HANOU NOUMADOU Date de naissance : 24/02/1988  
Adresse :  
Tél. : 0630318888 Total des frais engagés : 700 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/05/2020  
Nom et prénom du malade : HANOU NOUMADOU Age : 21  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 : Le : 03/05/2020  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
03-03 2023	C H2H		149,2	Dr. E. B. El Othmane Médecin

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 092054758	31/01/19	268,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
X	02/09/19	Ech.	

## 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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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 colspan="2">D ————— 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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D ————— G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلب

Le 03-09-2022

HANNANI Firdaous

LOT 190163  
EXP 01/2022

COOPER PHARMA  
PPV: 51,40 DH

LOT 190163  
EXP 01/2022

COOPER PHARMA  
PPV: 51,40 DH

RANITIL®  
Ranitidine 150 mg  
Jolle de 30 comprimés effervescentes  
P.P.V. : 81,00 DH  
6 118000 190974

81,00  
① Ranitil 150 mg 8/8

2x 51,40  
② Spectum 250mg 8 x 20

49,80  
③ Fural 500mg 8 x 20

34,40  
④ Dispinol 8 x 20

LOT: 9MA161  
PER: 01/2024  
FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V. : 49DH00  
6 118000 060062

S.V

S.V

S.V

S.V

PHARMACIE SOULTANA  
F. CHAFIQ  
Bd. Oued el-Saâda - Casablanca  
Rue 44 N° 1 - Casablanca  
Tél: 0522 93 29 84

Dr. EDDARBI Oudmane  
Médecin



N° 010966

NOM DU MALADE Hannani Fredouy

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements Cliniques

Douleur abdominale avec vomissements et diarrhée et une fièvre de 38.5  
A l'examen: Abdomen souple  
Sensibilité périmésentérique

Echographie Abdominale

Examen, Demande

Le Médecin Traitant

URGENT

RAPIDE

NON UR.

POLYCLINIQUE C.N.S.S - 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 : 1101017	N° SEJOUR : 190058254	<b>FACTURE N° 1905041178</b>	DATE D'ENTREE : 03/09/2019	DATE DE SORTIE : 03/09/2019
ASSURE :			DESTINATAIRE : HANNAOUI, Firdaouss	
MALADE : HANNAOUI, Firdaouss			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 GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
<b>ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX</b>										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>				17.86					0.00	17.86
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				3.84					0.00	3.84

Intervenant : 2062011 DR EDDAHBI OTHMANE ( GENERALISTE)	TOTAUX :	149.20					149.20
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT QUARANTE NEUF DHS ET VINGT CENTIMES		PLAFOND PC :				ACOMPTE :	
		REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
		RESTE DU :	149.20				
DATE FACTURE : 03/09/2019	EDITEE LE : 03/09/2019	PAR: BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :		
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
		BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
		N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

N° IPP : 1101017		N° SEJOUR : 190058265		FACTURE N° 1905041189		DATE D'ENTREE : 03/09/2019		DATE DE SORTIE : 03/09/2019			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : HANNAOUI,Firdaouss					
MALADE : HANNAOUI,Firdaouss											
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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00 200.00	

Intervenant : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED		TOTAUX :		200.00						200.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
				REMISE :		0.00		REGLE :		AVOIR :	
				RESTE DU:		200.00					
DATE FACTURE : 03/09/2019		EDITEE LE : 03/09/2019		PAR: BAKHRI		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :			
						Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
						BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
						N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

POLYCLINIQUE C.N.S.S DERB GHALLEF  
CAISSE DES URGENCES

**SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE-DERB GHALLEF**  
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE-ECHOGRAPHIE-DOPPLER-SCANNER

03.09.19

FIRDAOUSS HANNAOUI  
URG

**ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

Foie : est de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.

Vésicule biliaire alithiasique à paroi fine.

Absence de dilatation des voies biliaires intra-hépatiques et des voies biliaires extra-hépatiques.

Le tronc porte est de calibre normal et perméable.

Les deux reins, la rate et le pancréas sont normaux.

Absence d'épanchement intra péritonéal.

Absence d'anomalie de la FID.

**CONCLUSION :**

Echographie abdominale sans particularité.

Dr  
FIRDAOUSS HANNAOUI  
Polyclinique CNES  
Derb Ghallef







