

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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 canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0038121

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07358

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAAFOURA KHALID

Date de naissance : 12/11/1967

Adresse : 7 RUE BOUSSAN Appt 4 Etg 4 MAARIF

CASA

Tél. 06 66 19 78 41

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EDDAHOUMI  
Médecin

Date de consultation : 17 / 10 / 2020

Nom et prénom du malade : Agaci

Age : 52

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Rév. Pulmonaire

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 : 17 / 10 / 2020

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

| 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 |
| 12-12-20                       |                   | 5                     | 150,00                          | Dr. EDDOUMI Othman<br>Médecin                                  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                         |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Cachet du Pharmacieur<br>ou du Pharmacien                                         | Date<br>Montant de la Facture |
|  | 17/10/20<br>214,70            |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |               |                                 |                           |
|--------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date          | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|                                                        | 17/10<br>2020 | 700<br>x 2                      | 1400,00                   |

[illegible]

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

| SOINS DENTAIRES                                                                     | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
|  |                   |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                       |
|                                                                                     |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |                   |                     |             |                            | MONTANTS<br>DES SOINS |
|                                                                                     |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |                   |                     |             |                            | DEBUT<br>D'EXECUTION  |
|                                                                                     |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |                   |                     |             |                            | FIN<br>D'EXECUTION    |
|                                                                                     |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |                   |                     |             |                            |                       |

| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                        | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <b>H</b><br/> 25533412<br/> 00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: right;"> 21433552<br/> 00000000<br/> <b>G</b> </div> </div> <hr style="width: 100%;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 00000000<br/> 35533411<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: right;"> 00000000<br/> 11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                        |
|                                                                                      | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            | MONTANTS<br>DES SOINS  |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |                        |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DATE DU<br>DEVIS           |                        |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |                        |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |                        |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            | DATE DE<br>L'EXECUTION |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |                        |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |                        |

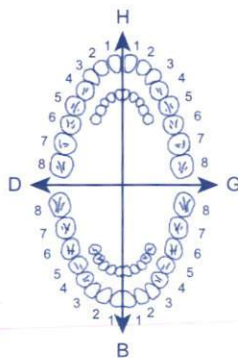
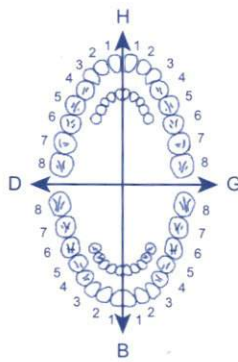
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

| SOINS DENTAIRES                                                                      | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                       | Nature des<br>Soins | Coefficient |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|-------------------------|
|   |                                                                                                                                                                         |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                         |                     |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                         |                     |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                         |                     |             | FIN D'EXECUTION         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                         |                     |             |                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                         |                     |             |                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                         |                     |             |                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                         |                     |             |                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                         |                     |             |                         |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                         |                     |             |                         |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                        | DETERMINATION DU CCOEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                           |                     |             |                         |
|  | <div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>DG</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div> |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                                                                                      | <div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>                                                   |                     |             | 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



Le 17-10-2020

APARI 144

UT. AV :

PPV (DH) :

42,00

47,12

① Presmi 2g 8h  
03 g 2h



Pharmacie Mel...  
A. Bousfi...  
2, rue de la...  
Casablanca

14,62

② TAVANIC 500mg 8h



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1,  
Bin sebaa Casablanca  
TAVANIC 500mg cp pel b5  
P.V. : 145,00 DH  
6 116001 080670

27,70

③ Cardio ASPIRINE 160g 8h



® MFC  
BT12CX2 03 2019  
08 2024  
EXP

214,70

④ LOVENOX 0,6 ml  
1g or 5c / 24h

Dr. EDDARBI Othmane  
Médecin

وصفة  
ORDONNANCE



Le 17-10-62

Apazi sur

fièvre réapparaît j une pte de 52°  
sur l'anté médical.



TDM Thiraco - Bostwick

Dr. EDDARBI Ghomane  
Médecin

**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 : 1172669                         |               | N° SEJOUR : 200065945 |                  | <b>FACTURE N° 2005040510</b>     |                | DATE D'ENTREE : 17/10/2020          |                | DATE DE SORTIE : 17/10/2020 |                |         |
|------------------------------------------|---------------|-----------------------|------------------|----------------------------------|----------------|-------------------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|---------|
| ASSURE :                                 |               |                       |                  |                                  |                | DESTINATAIRE :<br><b>AQARI,Amal</b> |                |                             |                |         |
| MALADE : AQARI,Amal                      |               |                       |                  | 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<br>CLE | NOMBRE<br>x COEF      | PRIX<br>UNITAIRE | TOTAL                            | TIERS PAYANT 1 |                                     | TIERS PAYANT 2 |                             | PART DU MALADE |         |
|                                          |               |                       |                  |                                  | % / Dh         | MONTANT                             | % / Dh         | MONTANT                     | % / Dh         | MONTANT |
| CONSULTATION DE MEDECIN.                 |               |                       |                  |                                  |                |                                     |                |                             |                |         |
| CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F | CN            | 1.00                  | 120.00           | 120.00                           |                |                                     |                |                             | 0.00           | 120.00  |
| PRODUITS PHARMACEUTIQUES                 |               |                       |                  | 18.80                            |                |                                     |                |                             | 0.00           | 18.80   |
| FOURNITURES MEDICALES                    |               |                       |                  | 11.24                            |                |                                     |                |                             | 0.00           | 11.24   |

|                                                                                      |  |                        |  |                                      |  |                                             |         |          |  |         |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|--------------------------------------|--|---------------------------------------------|---------|----------|--|---------|--|--|
| Intervenant : 2062011 DR EDDAHBI OTHMANE ( GENERALISTE)                              |  | TOTAUX :               |  | 150.04                               |  |                                             |         |          |  | 150.04  |  |  |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>CENT CINQUANTE DHS ET QUATRE CENTIMES |  |                        |  | PLAFOND PC :                         |  |                                             |         | ACOMPTE: |  |         |  |  |
|                                                                                      |  |                        |  | REMISE :                             |  | 0.00                                        | REGLE : |          |  | AVOIR : |  |  |
|                                                                                      |  |                        |  | RESTE DU :                           |  | 150.04                                      |         |          |  |         |  |  |
| DATE FACTURE : 17/10/2020                                                            |  | EDITEE LE : 17/10/2020 |  | 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            |         |          |  |         |  |  |

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 :             | 1172669 | N° SEJOUR :   | 200065946        | <b>FACTURE N° 2005040511</b>     |         | DATE D'ENTREE : 17/10/2020 |         |                |         | DATE DE SORTIE : 17/10/2020 |         |
| ASSURE :             |         |               |                  |                                  |         | DESTINATAIRE :             |         |                |         |                             |         |
| MALADE : AQARI,Amal  |         |               |                  | UF: 5002 URGENCES                |         | AQARI,Amal                 |         |                |         |                             |         |
| 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<br>CLE | NOMBRE<br>x COEF | PRIX<br>UNITAIRE                 | TOTAL   | TIERS PAYANT 1             |         | TIERS PAYANT 2 |         | PART DU MALADE              |         |
|                      |         |               |                  |                                  |         | % / Dh                     | MONTANT | % / Dh         | MONTANT | % / Dh                      | MONTANT |
| ACTES DE RADIOLOGIE  |         |               |                  |                                  |         |                            |         |                |         |                             |         |
| TDM                  |         | TDM           | 2.00             | 1000.00                          | 2000.00 |                            |         |                |         | 0.00                        | 2000.00 |

|                                             |                                              |          |                                                                          |         |       |  |  |          |         |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------|---------|-------|--|--|----------|---------|
| Intervenant :                               | 18102013 DR BENBRAHIM ABDELILAH (RADIOLOGUE) | TOTAUX : | 2000.00                                                                  |         |       |  |  |          | 2000.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : |                                              |          | PLAFOND PC :                                                             |         |       |  |  | ACOMPTE: |         |
| DEUX MILLE                                  |                                              |          | REMISE :                                                                 | 0.00    | REGLE |  |  | AVOIR :  |         |
|                                             |                                              |          | RESTE DU:                                                                | 2000.00 |       |  |  |          |         |
| DATE FACTURE : 17/10/2020                   |                                              |          | ACCIDENT DE TRAVAIL :                                                    |         |       |  |  |          |         |
| EDITEE LE : 17/10/2020                      |                                              |          | N° DE POLICE :                                                           |         |       |  |  |          |         |
| PAR: BAKHRI                                 |                                              |          | DATE AT :                                                                |         |       |  |  |          |         |
| VISA                                        |                                              |          | 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                    |         |       |  |  |          |         |





INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 17/10/2020

Patient (e) : AQARI AMAL

### TDM THORACIQUE

#### TECHNIQUE

Examen réalisé sans injection de produit de contraste.

#### RESULTAT

☐ I.R.M  
( 1.5 Tesla )

Anomalies parenchymateuses sous forme de foyers multiple en verre dépoli  
Loges médiastinales libres.  
Absence d'épanchement pleural droit.

☐ Scanner  
(Corps Entier)

#### CONCLUSION

Foyers multiples interférassent moins de 20 % du volume pulmonaire faisant  
suspecter un COVID 19.  
A confronter au bilan

☐ Radiologie  
Numérique

☐ Echo-Doppler  
(Couleur)

DR BENBRAHIM  
Médecin Radiologue  
INPE 090001512  
ICE 001757364000080  
Polyclinique CNSS Derb-Ghalef



INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le 17/10/2020

Patient (e) : AQARI AMAL

### TDM ABDOMINO-PELVIENNE

#### TECHNIQUE

Examen réalisé en coupes axiales sans injection du produit de contraste.

#### RESULTAT

Foie : est de volume normal de contours réguliers et d'échostructure homogène.

Absence de dilatation des voies biliaires intra ou extra hépatiques.

La rate et le pancréas sont normaux.

Graisse mésentérique de densité normale.

Les deux reins sont d'aspect fonctionnel et morphologie normal. Absence de dilatation des cavités pyélo-calicielles.

Répartition normale des structures digestives.

Absence de masse surrénalienne individualisable.

Vessie de bonne capacité normale et homogène.

Utérus est de taille normale.

Absence d'épanchement et d'adénopathie profonde.

#### CONCLUSION

TDM abdominale et pelvienne ne révélant pas d'anomalie.

Dr. Abdelilah BENBRAHIM  
Médecin Radiologue  
Polyclinique CNSS DERB GHALEF  
INPE 21076708

DR A. BENBRAHIM

☐ I.R.M  
( 1.5 Tesla )

☐ Scanner  
(Corps Entier)

☐ Radiologie  
Numérique

☐ Echo-Doppler  
(Couleur)