

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 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
- 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- 0020366

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 255 Société : 142095

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Jr. ZGUENDI Abderrahmane
Service des Urgences
Polyclinique C.N.S. Derb Ghazal

Date de consultation : 2 / 12 / 2022

Nom et prénom du malade : ERRADACHE FAMIL Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Le : / /

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
02.12.11.	cah		99,03	
02.12.11.	esc		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WILAYA MOULOUDI ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 220-222-224 Bd Oued Bouhouys El Oudj Casablanca - Tél: 9522.90.51 ICE: 00220422000007	02/12/17	342,10 T: 195,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Gagner et signer Laboratoire et de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients
	02.12.22	162,0
Dr. Omar JELLOUL Médecin Radiologue	02.12.22 COM	1000,0

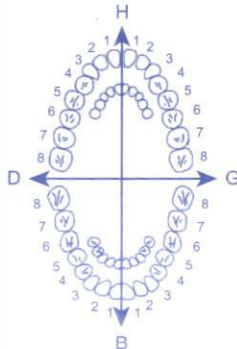
[illegible]

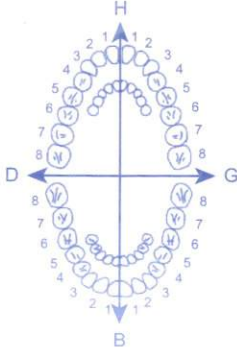
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
				FIN D'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

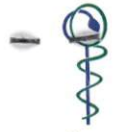
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE



Le 21/12/2022

1. ETRENNAGE FAMILIAL

19,60

Paracetamol



1/2 gne 3x/1

60,00

AZ



1/2 gne 1x/1

1/2 gne 1x/1

Amoxicillin



1/2 gne 2x/1

49,60

D-Glucose



1 gne 1x/1

132,00

Aspirin



1/2 gne 2x/1

49,00

Citrynal



1/2 gne 2x/1

T = 342,10

PHARMACIE WILAYA MOULOYA
Docteur ZEKRI Abdelati
110-22-224 Bd Oued Moulouya El Oued
Casablanca - Tél: 0522 90 51
ICE: 0022222000007

Dr. ZGUENDI Abderrahman
Service des Urgences
Polyclinique C.N.S.S. - Derby Ghal

AZ® 500 mg

Azithromycine

Boîte de 3 comprimés

PPV : 60,00 DH



6 118000 190097

PPV: 40DH00

PER: 08/25

LOT: L2794

PARANTAL C 1000®

PPV 19DH60

EXP 09/2024

LOT 10046 9

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 12/2024

LOT 18066 44

20 comprimés effervescents

PPV: 49,60 DH

LOT: 22H01

EXP: 08/2025

LOT : 7541

PER : 02-23

P.P.V : 132DH00

وصفة
ORDONNANCE



Le 02/12/20

Erremche Fehima

195.00

65 x 3' Nadger



Med. le 02/12/20

195.00

(tu de 3/200)

DR. HARDI Karim

PHARMACIE AL BOUSTANE
Houda BELHOCINE
580, Bd Ibn Sina Derby El wida
Hay Massani - CASABLANCA
Tél : 05 22 90 33 97

65,00

65,00

65,00

Handwritten text in blue ink, possibly a signature or date, located at the bottom left of the page.

وصفة
ORDONNANCE



Le 21/10/2022

Dr. ERRACHAÏ FAYIS

POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF
CAISSE DES URGENCES

RX Rohma

Dr. ZGUENDI Abderrahmane
Service des Urgences
Polyclinique CNSS Derb Ghallef



الضمان الإجتماعي

الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة ORDONNANCE



درب غلف

DERB GHALLEF

Le 21/12/2022

7. STANLEY ALBA FATHA

D. A. T. H.

Toux

Toux

POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF
CAISSE DES URGENCES

Dr. ZGUENDI Abderrahmane
Service des Urgences
Polyclinique CNSS Derb Ghallef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

Casablanca le : 02.12.2022

Patient (e) : ERRAMACH FATIMA

RX POUMONS FACE

Elargissement du médiastin moyen.

Opacité para trachéale droite.

Scissurite droite.

Ascension de la coupole diaphragmatique droite.

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

Dr. HASSEN

DR HASSEN Samah
RADIOLOGUE
INPE: 091186148



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

PATIENT (E) : ERRAMACHE FATIMA

Date : 02/12/2022

Prescripteur : Dr A. ZGUENDI

TDM THORACIQUE

Technique : AH sans injection de PDC en FP et FM

Résultat :

- Plage en verre dépoli et condensations parenchymateuses du lobe supérieur droit et du Fowler droit à prédominance périphérique et basale
- Atteinte estimée à : 10 %
- Absence de bulles d'emphysème ou de DDB
- Absence d'adénopathies hilo-médiastinales
- Absence d'épanchement pleural ou péricardique
- Médiastin en place

CONCLUSION :

- Aspect de pneumopathie infectieuse évoquant une infection à la Covid 19 (Corads 5)
- Atteinte modérée estimée à : 10 % du volume pulmonaire

A corrélér au reste des données

Dr Jellouli

Dr JELLOULI Omar
Médecin Radiologue
INPE : 101183531

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 : 1342492	N° SEJOUR : 220110066	FACTURE N° 2205031649		DATE D'ENTREE : 02/12/2022		DATE DE SORTIE : 02/12/2022					
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : ERRAMACHE, Fatima							
MALADE : ERRAMACHE, Fatima											
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	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG		CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00

Intervenant : 20200611 DR HAFDI KARIM CARDIOLOGUE	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					
DATE FACTURE : 02/12/2022	EDITEE LE : 02/12/2022	PAR: SAAD	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				

POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF
 CAISSE DES URGENCES


مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

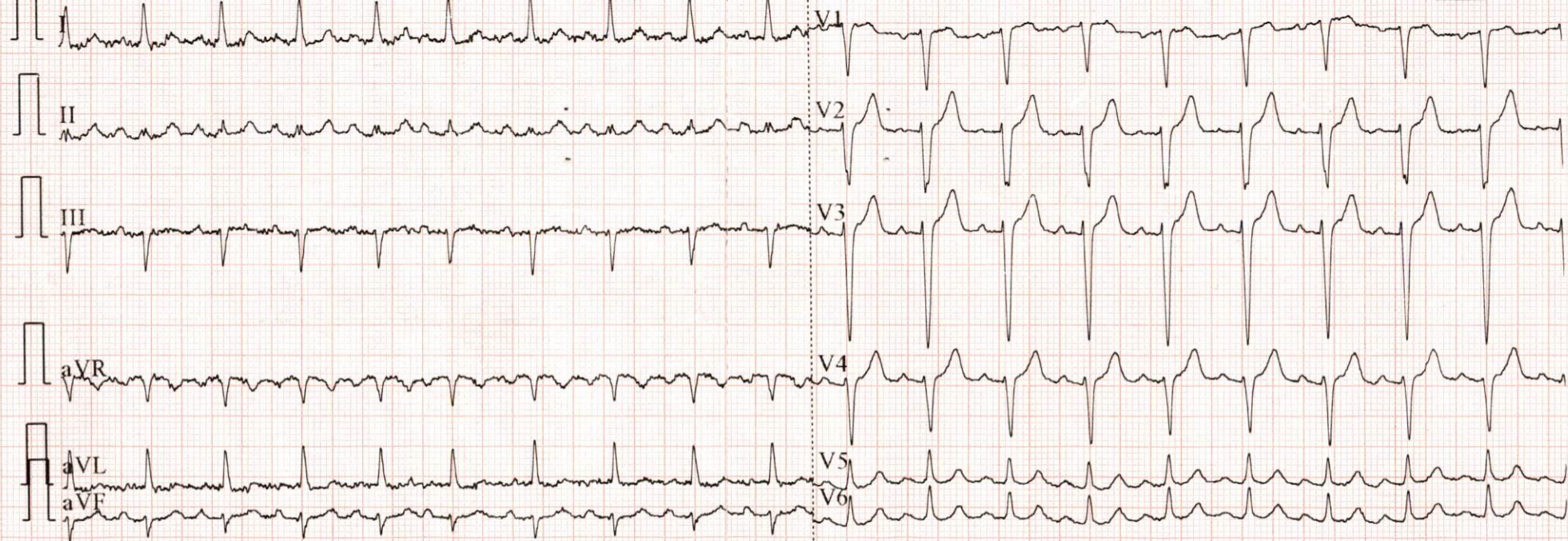

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .	TOTAUX :	160.00					160.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DHS	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
	RESTE DU:	160.00					
DATE FACTURE : 02/12/2022	EDITEE LE : 02/12/2022	PAR: SAAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
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				

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX :	99.03					99.03
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
QUATRE-VINGT DIX-NEUF DHS ET TROIS CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLÉ	99.03		AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 02/12/2022	EDITEE LE : 02/12/2022	PAR: SAAD	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		

Intervenant : 20022017 DR JELLOULI OMAR RADIOLOGUE		TOTAUX :		1000.00						1000.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
				REMISE :		0.00	RÈGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU:		1000.00					
DATE FACTURE : 02/12/2022				EDITEE LE : 02/12/2022				PAR: SAAD			
VISA				ACCIDENT DE TRAVAIL :							
				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					

ID: rqmmqch 02-12-2022 34

Female Years (/ /)



0.15~25Hz AC50 25mm/s 10mm/mV 2*5s ♥185 SL6A 1.01

SEMIP 1.7

ID: rqmmqch

fatima

Female

Years (/ /)

02-12-20

HR

P

PR

QRS

QT/Q

P/QR

RV5/6

Diagnosis Information:

Sinus Tachycardia

Poor R Wave Progression(V4,V5)

Report Confirmed by: