

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.

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- 0048528

Maladie Dentaire Optique Autres 157904

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2945 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : Jamil El Mostapha
 Date de naissance : 01/01/1943
 Adresse : Hy My Rachid Imm 2 N° 38 B
 Tél. : 0522 7052 16 Total des frais engagés : 899,77 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : JAMIL EL MOSTAPHA Age: 1943
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : HTA vertige
 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 : Casablanca Le : 06/04/2022
 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
25/08/23	5a		269,07	
25/08/23	csc		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/3/23	10570

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25.03.23	25.0	

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 :

Veillez 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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

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 <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D ————— G															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			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



وصفة
ORDONNANCE



Le 25-3-23

Mr JAMIL EL Mostafa

- Auglo 5 1/1

- Derb Ghallef 1/1

27,70 Cardio resp 1/1

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

18,00 Beta 1-1

78,00

52,80 Oldes 20 1-1

Mardi

105,70

Dr. **ATLAB Mustapha**
Cardiologue

أخصائي أمراض القلب والشرايين
Gsm: 0661 06 29 52

زئقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05

Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05



وصفة
ORDONNANCE



Le 25-03-23

Dr JAMIL EL MOSTAFA

NFS avec **test** glycémie
HBA1c cholestérol total HDL LDL
* Troponine Triglycérides
Acid urique

ENZOLL
POLYCLINIQUE ADDAMANE
DERB-GHALLEF CASABLANCA
Caisse d'Allocations Familiales

Dr. ATLAB Mustapha
Cardiologue
أخصائي أمراض القلب والشرايين
Gsm: 0661 06 29 52

LABORATOIRE D'ANALYSE DE BIOLOGIE MEDICALE
CNSS DERB GHALLEF

Date du prélèvement : 27-03-2023 à 12:15

Code patient : 2303250024

Né(e) le : ()

IPP : 1371296



Mr JAMIL EI Mostafa

Dossier N° : 2303270029

Prescripteur :

SERVICE DES URGENCES

MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine

Troponine T Hypersensible - Cobas e-411

25.47 pg/mL

(<14.00)

25-03-2023

21.77

Valeur seuil : 14 pg/mL

En cas de faible augmentation initiale de la troponine T hs (entre 14 et 100 pg/mL), un second prélèvement après 3 heures permet de différencier le caractère de l'atteinte.

Validé par : Dr ZAHÍ LOUBNA

Dr Loubna ZAHÍ
BIOLOGISTE
Polyclinique CNSS
Derb Ghallef

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpit
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-86
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602

Date d'émission : 25/03/2023

Page : 1

DECOMPTE

N° de séjour : 230029208

N° de séance : 2023Q3250260

N° IPP : 0001371296 JAMIL,EI Mostafa

Né(e) le : 01/01/1960

UF de présence : 5002 URGENCES
UF demandeur : 5002 URGENCES
Date et heure : 25/03/2023 12:58
Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES

UF	INTERVENANT	CDAM/TARIF	LET.CLE	TARIF	COEFF	COEF.T	MONTANT
5002	EQUIPE BIOLOGISTES	Troponine	B	1.10	1.00	250.00	275.00

Total : 275.00

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 : 1371296 N° SEJOUR : 230029208 . **FACTURE N° 2305008298** DATE D'ENTREE : 25/03/2023 DATE DE SORTIE : 25/03/2023

ASSURE :

MALADE : JAMIL, El Mostafa UF: 5002 URGENCES DESTINATAIRE : JAMIL, El Mostafa
 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
ACTES DE BIOLOGIE										
ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE	B	250.00	1.10	275.00					0.00	275.00

Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES . TOTAUX : 275.00 275.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT SOIXANTE QUINZE DHS PLAFOND PC :

REMISE : 0.00 REGLE : AVOIR :

RESTE DU: 275.00

DATE FACTURE : 25/03/2023 EDITEE LE : 25/03/2023 PAR: MOURAD 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





N° IPP : 1371296	N° SEJOUR : 230029192	FACTURE N° 2305008292	DATE D'ENTREE : 25/03/2023	DATE DE SORTIE : 25/03/2023
ASSURE :			DESTINATAIRE : JAMIL,El Mostafa	
MALADE : JAMIL,El Mostafa		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
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00

Intervenant : **210104 DR ATLAB MUSTAPHA (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 :	250.00
RESTE DU:	0.00	AVOIR :	

DATE FACTURE : 25/03/2023 EDITEE LE : 25/03/2023 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



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 : 1371296	N° SEJOUR : 230029191	FACTURE N° 2305008291	DATE D'ENTREE : 25/03/2023	DATE DE SORTIE : 25/03/2023
ASSURE :			DESTINATAIRE : JAMIL, El Mostafa	
MALADE : JAMIL, El Mostafa		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
AUTRES ACTES COTES EN K										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				31.29					0.00	31.29
FOURNITURES MEDICALES				5.28					0.00	5.28

Intervenant : **M0100016 DR BENSghIR IMAD** TOTAUX : 269.07 269.07

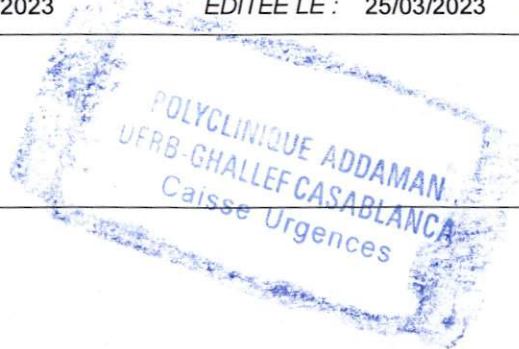
Arrêtée la présente facture à la somme de :
 DEUX CENT SOIXANTE NEUF DHS ET SEPT CENTIMES

PLAFOND PC : ACOMPTE:
 REMISE : 0.00 REGLE : 269.07 AVOIR:
 RESTE DU: 0.00

DATE FACTURE : 25/03/2023 EDITEE LE : 25/03/2023 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

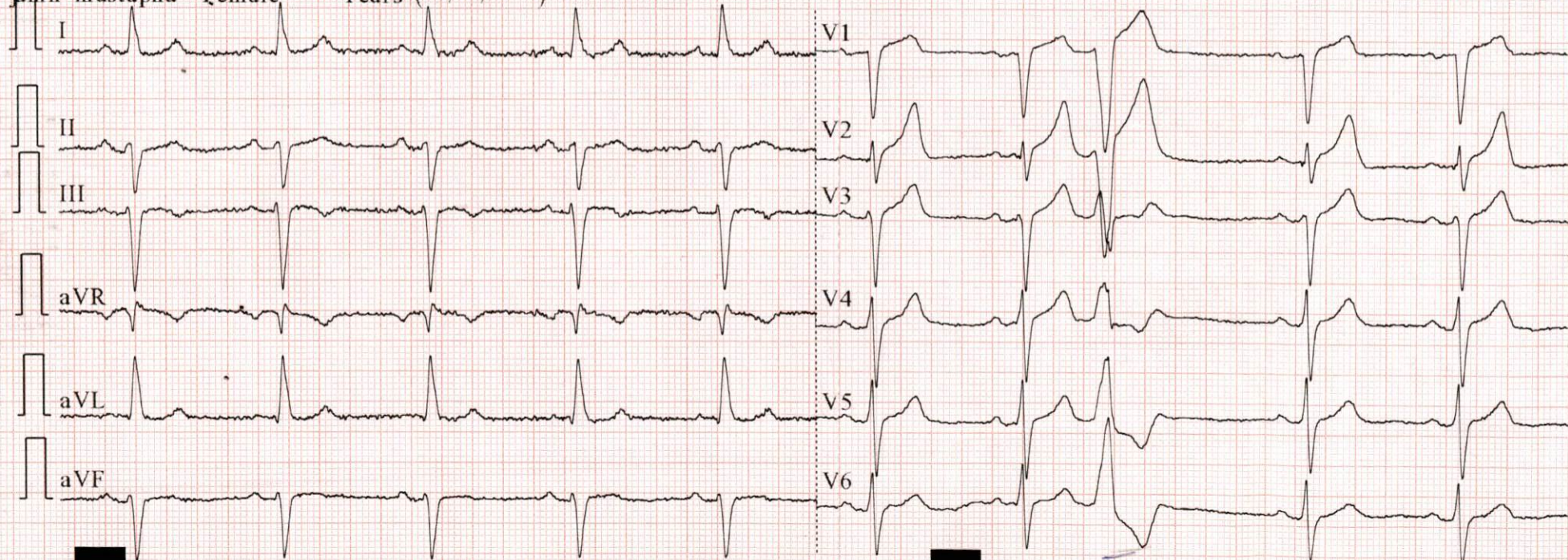


ID: 9

25-03-2023 13:00:17

amil mustapha Female

Years (/ /)



0.15~25Hz AC50 25mm/s 10mm/mV 2*5s ♥62 SL6A 1.01

SEMIP 1.7

ID: 9

jamil mustapha

Female Years (/ /)

25-03-2023 13:00:17

HR : 60 bpm
P : 128 ms
PR : 200 ms
QRS : 115 ms
QT/QTc : 420/422 ms
P/QRS/T : 58/-53/34 °
RV5/SV1 : 0.730/1.079 mV


Diagnosis Information:

Sinus Rhythm

Left Anterior Hemi Block

Poor R Wave Progression(V3)

Premature Ventricular Contraction

 Report Confirmed by: