

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.

M23-004302

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02142

Société : R-AM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT BELLALAH CEN

AS6151

Date de naissance : 1955

Adresse : HAFIZ FATEH Rue 9 n°8 EL OULFA

CASA

Tél. : 066823 9056 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AIT OUARIDI YAMNA

Age : 68 Ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 31/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CHATEL POLYCLINIQUE 91036335 TÉL : 91036335	28.03.03	2 RM	100,00 €

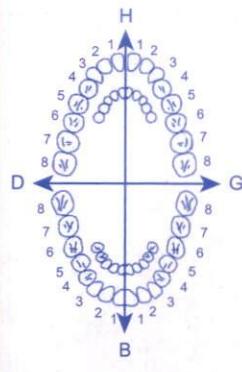
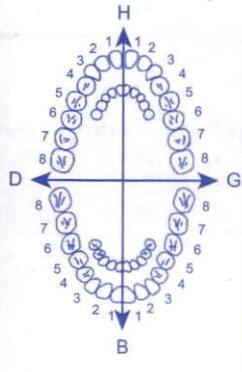
AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	Coefficient des travaux
D	00000000	21433552 00000000 11433553	B	Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة

ORDONNANCE

le 27/03/2023

Ime Ait ouadi Yamina -

TDM pelvienne -

(Nasse intra - ménstruelle suspecte -)
Sarcome ?

Dr. CHRAIBI ABDELOUANE
Gynécologue - Obstétricien
Polyclinique CNSS INPE : 061298651



Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

Casablanca le : 28/03/2023

Patient (e) : AIT OUAADI YAMNA

EXAMEN: IRM pelvienne.

TECHNIQUE : Séquence axial T₂, sagittale T2, axial diffusion,
coronale T₂, séquences injecté dans les trois plans.

RESULTAT

Présence d'une masse bourgeonnante endocavitaire utérine étendue du fundique à l'isthme (sans atteinte du col) mesure 30 mm x 50 mm en hypersignal diffusion et signal intermédiaire en T2 rehaussée par le produit de contraste.

Présence d'un envahissement large myomètre jonctionnel de plus de 50%.

Présence d'un myome sous séreux latéro et retro fundique droite mesurant 39x35mm

Absence de masse ovarienne.

Vessie de capacité normale de contours réguliers.

Absence d'anomalie au niveau de la graisse pelvienne.

Adénopathies suspectes iliaques internes droites dont la plus volumineuse mesure 14x9mm et iliaque interne gauche dont la plus volumineuse mesurant 16x11mm

CONCLUSION

Aspect est en faveur d'un néoplasie de l'endomètre de 30 x 50 cm dans ses axes. **avec adénopathies suspectes pelviennes (Stade III)**

Myome sous séreux latéro et retro fundique

Signature of the doctor
CNSS Derb Ghallef
INPE 01036335

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 :	1371881	N° SEJOUR :	230030106	FACTURE N° 2303011201				DATE D'ENTREE :	28/03/2023	DATE DE SORTIE :	28/03/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :	AIT OUAADI,Yamna		
MALADE :	AIT OUAADI,Yamna				UF:	5003 RADIOLOGIE					
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 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 RADIOLOGIE IRM(Y COMPRIS LES PRODUITS DE CONTRASTE)	IRM	1.00	2200.00	2200.00					0.00	2200.00	

Intervenant :	08102007 DR MESTOUR MOHAMED	TOTAUX :	2200.00						2200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	DEUX MILLE DEUX CENTS DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR:	
		RESTE DU :	2200.00						
DATE FACTURE :	28/03/2023	EDITEE LE :	28/03/2023	PAR:	BILAL	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 CASABLANCA
Caisse Radiologie