

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 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

N° P19- 046859

ND. 32601

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1213 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/08/2020

Nom et prénom du malade : H. Youssef & N. Youssef Age :

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

Nature de la maladie :

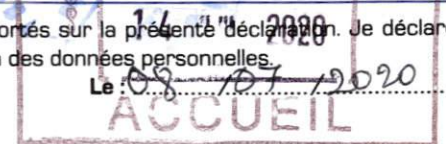
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 08/08/2020

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
10/06/2020	CN + AMI		142,85	Dr. Youssef YAQOUBI Médecin Généraliste INPE : 091183259

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Angle Rue de l'Hôpital Casablanca	20/06/2020	350,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/06/2020	TDM	1000,00
	10/06/2020	Rx	450,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 G </div> </div> 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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE



Le 11/06/2006

El YAMOU EL MGBRO
Gidi M. M. M.

- orluse du genou
avec ornamant
taille M



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 10/06/2020

Patient (e) : EL YAMANY EL MGHARY

TDM CEREBRALE

TECHNIQUE

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

RESULTAT

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

Légère Atrophie cortico sous corticale avec hypodensité sensiblement exagérée de la substance blanche péri ventriculaire.

Quelques images lacunaires péri ventriculaires et thalamique droite d'allure séquellaire ischémique.

Absence de lésion hémorragique ou ischémique récente décelable.

Ligne médiane en place.

Fosse cérébrale postérieure est de morphologie normale

CONCLUSION

Légère Atrophie cortico sous corticale avec discrète leucoaraïose.

Quelques images lacunaires péri ventriculaires et thalamique droite d'allure séquellaire ischémique.

Absence de lésion hémorragique ou ischémique récente notable

Dr BENNANI

Dr. BENNANI RIEL ASMAA
Medecin Radiologue

PATTERSON**Maroc**Matériel Medical
Vente & Location**PATTERSON MAROC**SIEGE N°3 ANGLE RUE DUBREUIL ET RUE
DES HOPITAUX
20100 CASABLANCANuméro
FA200388
Date
20/06/20

EL YAMANI EL MGHARI SIDI MOHAMED

Référence
N° ICE

Facture

Référence	Désignation	Qté	Px unitaire	Montant HT	*
BG-512-55	ATTELLE D'IMMOBILISATION DU GENOU 55CM	1,00	291,67	291,67	C20

PATTERSON MAROC SARL
Angle Rue Dubreuil et Rue ①
des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 05 22 49 23 37 Fax: 05 22 49 23 37

Code	Base	Taux	Taxe	Total HT	Escompte	Port	Total TTC	Acompte	NET A PAYER
C20	291,67	20,00%	58,33	291,67	0,00		350,00	0,00	350,00
				Conditions de règlement :		le 20/06/20	ESPECE		350,00
Total	291,67		58,33						

NOS ARTICLES NE SONT NI REPRIS NI ECHANGES

Page 1

Téléphone : 0522492395

Télécopie : 0522492337

Courriel : PATTERSON.MAROC@GMAIL.COM

ICE N° : 000102534000059

N° Siret :

280201

I.F.:

14442867

ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
DERB CHALLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

Nom du Service Médical
demandeur

N° 010966

NOM DU MALADE

Yaman NCHAR

N° C.N.S. ou Mutuelle

Renseignements Cliniques

Examen demandé

Dr. Conscience

HTA - DTI

HTA

Cardiopathie

DM Cerebral

Dr. Youssef YAQOUB
Médecin Généraliste
INPE : 09183269

Le Médecin Traitant

PC

K

UR

AS

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863024 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1146793		N° SEJOUR : 200030999		FACTURE N° 2005019444		DATE D'ENTREE : 10/06/2020		DATE DE SORTIE : 10/06/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE : EL YAMANY EL MGHARY, Sidi Mohamed							
MALADE : EL YAMANY EL MGHARY, Sidi Mohamed						UF: 5002 URGENCES					
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. :							
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											
TDM		TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00 1000.00	

Intervenant : 2042013 DR BENNANI RTEL ASMAE (RADIOLOGUE)		TOTAUX :		1000.00						1000.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE				PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
				REMISE :		0.00		REGLE :		AVOIR :	
				RESTE DU :		1000.00					
DATE FACTURE : 10/06/2020		EDITEE LE : 10/06/2020		PAR: KARIM		ACCIDENT DE TRAVAIL : N° DE POLICE : 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									

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 : 1146793	N° SEJOUR : 200031000	FACTURE N° 2005019445		DATE D'ENTREE : 10/06/2020		DATE DE SORTIE : 10/06/2020				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : EL YAMANY EL MGHARY, Sidi Mohamed		UF: 5002 URGENCES		EL YAMANY EL MGHARY, Sidi Mohamed						
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 GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00
FOURNITURES MEDICALES				7.54					0.00	7.54

Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX :	142.54					142.54
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :				ACOMPTE :	
CENT QUARANTE DEUX DHS ET CINQUANTE QUATRE CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
		RESTE DU :	142.54				
DATE FACTURE : 10/06/2020	EDITEE LE : 10/06/2020	PAR: KARIM	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			

ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
DERB CHALLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

Nom du Service Médical
demandeur

N° 010966

NOM DU MALADE

EL YAHYAN E NGHARY Sd/Real

N° C.N.S. ou Mutuelle

Renseignements Cliniques

Examen demandé

Rx bron
face

Rx Hande
profil G

La Médecin E. RABO

Rx fémur G

PC

PC

Dr. Youssef YAQOUBI
Médecin Généraliste
INPE : 051183269

Del 2

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 :	1146802	N° SEJOUR :	200031014	FACTURE N° 2005019459	DATE D'ENTREE : 10/06/2020		DATE DE SORTIE : 10/06/2020		
ASSURE :					DESTINATAIRE :				
MALADE : EL YAMANI EL MGHARI,Sidi Mohamed					EL YAMANI EL MGHARI,Sidi Mohamed				
NOM JEUNE FILLE :									
TIERS PAYANT 1 :				UF: 5002 URGENCES					
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :					
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :					
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 RADIOLOGIE										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	45.00	10.00	450.00					0.00	450.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .	TOTAUX :	450.00						450.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU:	450.00						
DATE FACTURE : 10/06/2020	EDITEE LE : 10/06/2020	PAR: KARIM	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			