

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1013

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 : 10/09/2020

Nom et prénom du malade : Dr. Youssef YAOUBI Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

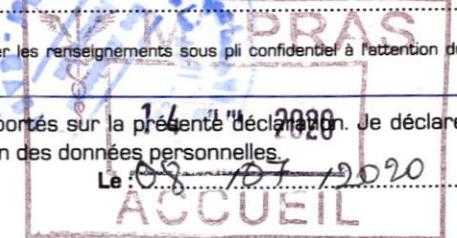
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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
10/06/2026	CN + AN 1		149.54	Dr. Youssef YAQOUBI Médecin Généraliste INPE : 09183289

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ANTERUS SA Angle Rue du Jeu et Rue des Hôpitaux Casablanca Tél: 05 22 49 23 95 Fax: 05 22 49 23 57	22/06/20	122,-- 359,-

## **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	

## **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

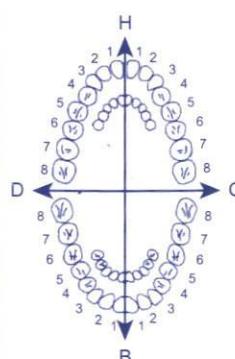
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة  
ORDONNANCE

Le 11/10/2006

El Yamou El M'Ghrib  
Sidi M'Slim

- orlose in gew  
avec or nature  
taille M





INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghallef

# 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

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 RIBA AÏA  
Medecin Radiologue

PATTERSON

Maroc



Materiel Medical  
Vente & Location

PATTERSON MAROC  
SIEGE N°3 ANGLE RUE DUBREUIL ET RUE  
DES HOPITAUX  
20100 CASABLANCA

Numéro	Date	EL YAMANI EL MGHARI SIDI MOHAMED
FA200388	20/06/20	
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 / 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			ESPECES	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  
HOPITAL CLINIQUE DE LA  
SECURITE SOCIALE  
DERB CHALLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

Nom du Service Médical  
demandeur

N° 010966

NOM DU MALADE

Yassine ACHAR Zew

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignement Clinique

Examens Complémentaires

Dr. concerne

BM cérébral

HTA - PTI

HTA

cardiopathie

Dr. Youssef YAQOUB  
Médecin Généraliste  
INPE : 091 83269

Le Médecin signe

PO

TO

URGENT

TAJ

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghalef  
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
 20100 CASABLANCA  
 Tél: 0522-863027 Fax: 0522-864205 RDV: 0522-863020  
 INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1146793	N° SEJOUR :	200030999	<b>FACTURE N° 2005019444</b>				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 :											
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	
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>	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 :						
VISA			DATE AT :						
			Reglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghalef						
			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	<b>FACTURE N° 2005019445</b>				DATE D'ENTREE : 10/06/2020		DATE DE SORTIE : 10/06/2020	
ASSURE :			UF: 5002 URGENCES					DESTINATAIRE :			
MALADE :	EL YAMANY EL MGHARY,Sidi Mohamed		N° IMMAT C.N.S.S :		EL YAMANY EL MGHARY,Sidi Mohamed						
NOM JEUNE FILLE :											
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	
<b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b>											
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	
<b>ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX</b>											
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00	
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				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 :					
<b>Règlement à effectuer à l'ordre de :</b> POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef <b>BANQUE :</b> BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA <b>N° compte bancaire :</b> 011 780 0000 70 210 00 60 028 31									

ROYAUME DU MAROC  
POLYCLINIQUE DE LA  
SECURITE SOCIALE  
DERB CHALIF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

N° 010968

Num du Service Médecin  
Demandeur

NOM DU MALADE

SI YOUSSEF NGHARY SAAD

N° C.N.S.S. ou MUSQUELLE

Renseignement Clinique

EXAMEN DEMANDE

Rx bras

face

Rx main

profjet G

le Médecin

DR YOUSSEF

NGHARY

Rx genou

Cet D

Dr. Youssef YACOUBI  
Médecin Généraliste  
INPE : 091183269

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		UF: 5002 URGENCES				EL YAMANI EL MGHARI,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
ACTES DE RADIOLOGIE	Z	45.00	10.00	450.00					0.00	450.00
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE										

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								