

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W19-552479

43607

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3808 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITÉ
 Nom & Prénom : DRIS Benjelloun
 Date de naissance : 03/07/1951
 Adresse : HAYAL WALAA IMM22 NR TR18
 SECT 02 SIDIMOU MEN CASA
 Tél : 0674273061 Total des frais engagés : 4900 645DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 / 07 / 2020
 Nom et prénom du malade : HABIBA CHOKIK Age : 53A
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bouche
 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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 21 / 07 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mail utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

RELÈVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant le Paiement
26/07/2020	CM		120,00	INP : 09 11 24 93
26/07/2020	CS		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

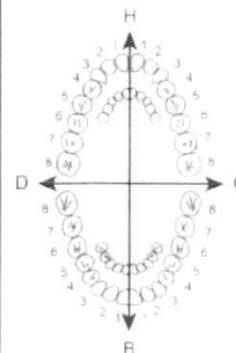
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/07/2020	B	275,00
	26/07/2020	IDM	

AUXILIAIRES MEDICAUX

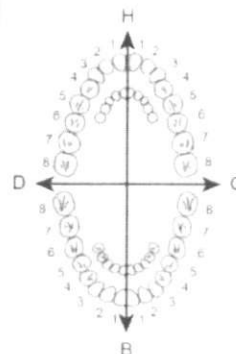
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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'EXE



وصفة
ORDONNANCE



Le 26/11/2014

Mme Lhoufik Habbou

Tropisme

POLYCLINIQUE C.N.S.S - 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 : 26/07/2020

Page : 1

DECOMPTE

N° de séjour : 200043062

N° de séance : 202007260136

N° IPP : 0001156013 CHAKIK,Habiba

Né(e) le : 02/01/2001

UF de présence : 5002 URGENCES
UF demandeur : 5002 URGENCES
Date et heure : 26/07/2020 14:00
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 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 : 1156013	N° SEJOUR : 200043060	FACTURE N° 2005025949		DATE D'ENTREE : 26/07/2020	DATE DE SORTIE : 26/07/2020
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : CHAKIK,Habiba	
MALADE : CHAKIK,Habiba					
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		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 : 21022017 DR BOUBADARA FATIMA EZZAHRA 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 : 26/07/2020	EDITEE LE : 26/07/2020	PAR: MOURAD	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

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 :	1156013	N° SEJOUR :	200043061	FACTURE N°	2005025950	DATE D'ENTREE :	26/07/2020	DATE DE SORTIE :	26/07/2020
ASSURE :						DESTINATAIRE :			
MALADE :	CHAKIK,Habiba			UF:	5002 URGENCES	CHAKIK,Habiba			
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

Intervenant :	6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX :	120.00						120.00
---------------	---	----------	--------	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :
CENT VINGT DHS

PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
--------------	--	--	--	--	-----------	--

REMISE :	0.00	REGLE :	AVOIR :
----------	------	---------	---------

RESTE DU: 120.00

DATE FACTURE : 26/07/2020 EDITEE LE : 26/07/2020 PAR: MOURAD

ACCIDENT DE TRAVAIL :

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

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 : 1156013	N° SEJOUR : 200043062	FACTURE N° 2005025951		DATE D'ENTREE : 26/07/2020		DATE DE SORTIE : 26/07/2020				
ASSURE :				DESTINATAIRE : CHAKIK, Habiba						
MALADE : CHAKIK, Habiba NOM JEUNE FILLE :		UF: 5002 URGENCES								
		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 :					ACOMPTE :	
	REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
	RESTE DU :	275.00					
DATE FACTURE : 26/07/2020	EDITEE LE : 26/07/2020	PAR: MOURAD	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				

POLYCLINIQUE C.N.S.S - DERB GHALLEF
CLASSE DES URGENCES



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 26/07/2020

Patient (e) : CHAKIR HABIBA

TDM CEREBRALE

TECHNIQUE

Examen réalisé en coupes axiales jointives de 5mm sans injection de produit de contraste .

RESULTAT

Aspect hyperdense de l'artère cérébrale moyenne gauche : thrombose

Absence d'anomalies parenchymateuses décelable.

Absence de collection péri cérébrale décelable.

Structures médianes en place.

Système ventriculaire, cisternal de dimensions normales

Absence d'anomalie décelable de la fosse cérébrale postérieure.

CONCLUSION : thrombose de l'artère cérébrale moyenne gauche : AVC
ischémique au stade aigu très probable

Dr. CHERKAOUI AÏCHA
MEDECIN RADIOLOGUE
I.F: 18798652

ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
DERB GHALLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

Nom du Service Médical
demandeur code

N° 010966

NOM DU MALADE

CHAHIN HABIR

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignement Clinique

Examen demandé

ANT. DMI

Hémiparésie droite depuis
5 jours

TDM Cerebral

Dr. ZGUENI
Service des Urgences
Cliniques N° 1
Le Médecin Traitant

Z =

PC =


K =

URGENT

RAPIDE

N°

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 : 1156013		N° SEJOUR : 200043046		FACTURE N° 2005025936		DATE D'ENTREE : 26/07/2020		DATE DE SORTIE : 26/07/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE : CHAKIK,Habiba							
MALADE : CHAKIK,Habiba											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
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	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
		CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE											
TDM		TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00
Intervenant : 12092016 DR CHERKAOUÏ OMARI AICHA 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 : 26/07/2020					EDITEE LE : 26/07/2020		PAR: MOURAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA							N° DE POLICE :		DATE AT :		
					Réglement 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				

EXTERNE

MARQUEURS CARDIAQUES

(<0.100)

Validé par : **HARKATY OTHMANE**

POLYCLINIQUE CHS
DEE GHALEF
SERV. LAB. CHS

CHAKIK HAbiba

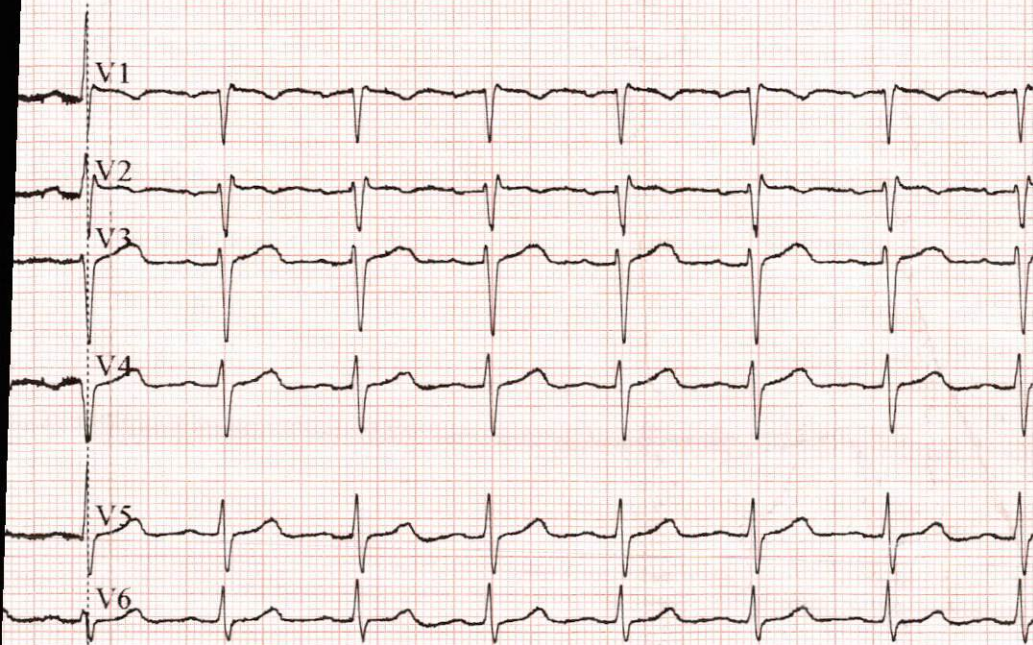
Id.Pat :

Données : 26/07/2020 21:07:02 80 bpm



Dép. : 25mm/s 10mm/mV 0.05-40Hz/50Hz Cardioline ECG200+ v.2.01.5558

226 166 05



ID: habiba

09-09-2020 08:02:39

Male Years (/ /)

HR : 84 bpm
P : 112 ms
PR : 190 ms
QRS : 94 ms
QT/QTc : 369/438 ms
P/QRS/T : 36/-19/54 °
RV5/SV1 : 0.536/0.680 mV

Diagnosis Information:
Sinus Rhythm
Poor R Wave Progression(V4)