

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 canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de l'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 canalaire.

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

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

| | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> A |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 3808 | | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : RETRAITÉ | |
| Nom & Prénom : PRIS Benjelloun | | | |
| Date de naissance : 03/07/1951 | | | |
| Adresse : HAYAL WALAA IMM22 HR TR18 SECT 02 SIDIMOUMEN CASA | | | |
| Tél. : 067427306 Total des frais engagés : 4700 64 SDhs | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 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 : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint | | | |
| Nature de la maladie : Bouché | | | |
| 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'adherent | | | |

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

Signature de l'adhérent(e) : BAC

15/07/2020

Le : 21/09/2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du praticien attestant le Paiement |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/07/2020 CM | | | 100,00 | INP : 09111695 |
| 26/07/2020 CSC | | | 250,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

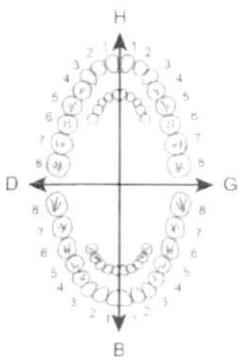
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------------|------------------------------|------------------------|
| <i>x</i> | 26/07/2020 B | | 245,00 |
| | 26/07/2020 TDM | | |

AUXILLIAIRES MEDICAUX

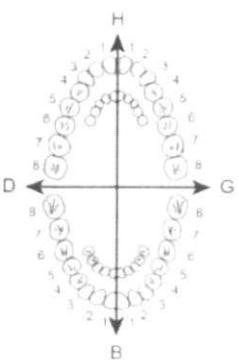
| Cachet et signature du Particier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 |
|---|----------|----------|
| D | 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



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة
ORDONNANCE

Le 26/11/2005

Dr. M'hamed Chafik Hafsi

Telephone

Signature

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpital
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

UF de présence : 5002 URGENCES

N° de séance : 202007260136

UF demandeur : 5002 URGENCES

N° IPP : 0001156013 CHAKIK,Habiba

Date et heure : 26/07/2020 14:00

Né(e) le : 02/01/2001

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 |

| N° IPP : | 1156013 | N° SEJOUR : | 200043060 | FACTURE N° 2005025949 | | | | DATE D'ENTREE : | 26/07/2020 | DATE DE SORTIE : | 26/07/2020 |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|------------------|------------------------------|----------------|---------|----------------|-----------------|----------------|------------------|------------|
| ASSURE : | | | | | | | | DESTINATAIRE : | | | |
| MALADE : | 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 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 : | | | PLAFOND PC : | | | | | | ACOMPTE : | |
| DEUX CENT CINQUANTE DHS | | | 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 : | | | | N° SE. SOC. ETRANG. : | | | | | | | | | | |
| 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 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 : | | | | | | DATE AT : | |
| VISA | | | | | | | N° DE POLICE : | | | | | | | |
| | | | | | | | 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
CAISSE DES URGENCES

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 : | | | | | |
| MALADE : CHAKIK,Habiba | | | | UF: 5002 URGENCES | N° IMMAT C.N.S.S : | | | | CHAKIK,Habiba | | | | |
| 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 | | | |
| 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 : | PLAFOND PC : | | | | | | | | ACOMPTE: | |
| DEUX CENT SOIXANTE QUINZE DHS | 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

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 26/07/2020



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

Patient (e) : CHAKIR HABIBA

TDM CEREBRALE

TECHNIQUE

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

RESULTAT

I.R.M
(1.5 Tesla)

Aspect hyperdense de l'artère cérébrale moyenne gauche : thrombose

Scanner
(Corps Entier)

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.

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

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

N° 010966

Nom du Service Médical
demandeur code

NOM DU MALADE

CHAHIK HABIB

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignement Clinique

ANT. DNI

• Hemiparésie droite depuis
5 jours

TD9 Cerebral

Dr. ZGUENI
Service des Urgences
Le Médecin Traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

N

| N° IPP : | 1156013 | N° SEJOUR : | 200043046 | FACTURE N° 2005025936 | | | DATE D'ENTREE : | 26/07/2020 | DATE DE SORTIE : | 26/07/2020 | | |
|--|--------------------|-----------------------|------------------|--|----------------|-----------------------|-----------------|------------|------------------|------------|--|--|
| ASSURE : | | | | | | | DESTINATAIRE : | | | | | |
| MALADE : | UF: 5002 URGENCES | | | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : | | | CHAKIK,Habiba | | | | | |
| NOM JEUNE FILLE : | N° IMMAT C.N.S.S : | | | | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 1 : | | | | | | | | | | | | |
| 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 | TDM | 1.00 | 1000.00 | 1000.00 | | | | | 0.00 | 1000.00 | | |
| Intervenant : 12092016 DR CHERKAOUI OMARI AICHA RADIOLOGUE | | | | TOTAUX : | 1000.00 | | | | | 1000.00 | | |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE : | | | |
| MILLE | | | | 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 : | | | |
| | | | | 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 | | | | | | | | |





LABORATOIRE D'ANALYSE DE BIOLOGIE MEDICALE CNSS DERB GHALLEF



Date du prélèvement : 26-07-2020 à 12:27

Code patient : 2007260017

Né(e) le : ()

IPP : 1156013



Mme CHAKIK Habiba

Dossier N° : 2007260017

Prescripteur :

EXTERNE

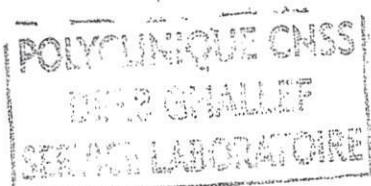
MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine

<0.100 ng/mL

(<0.100)

Validé par : HARKATY OTHMANE



CHAKIK HABiba

Id.Pat :

Données 26/07/2020 21:07:02 80 bpm



Dép. :

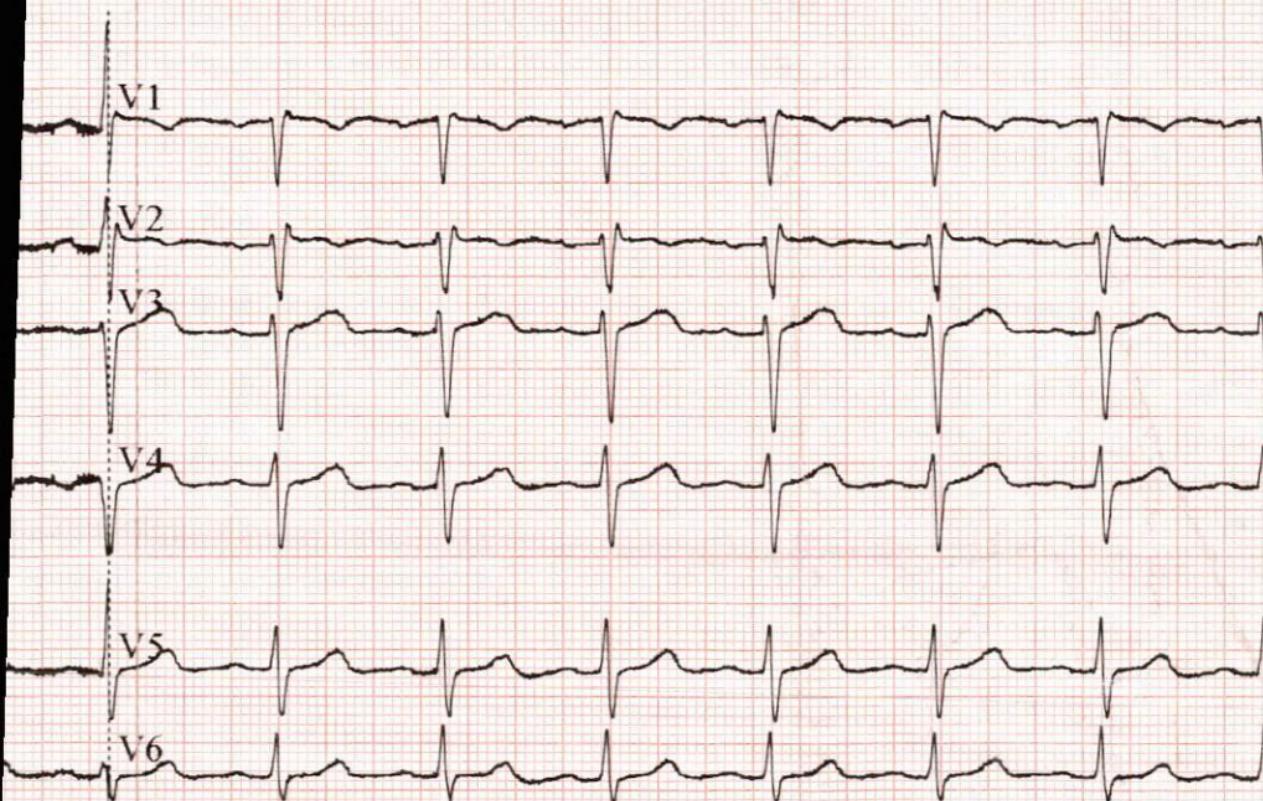
25mm/s 10mm/mV 0.05-40Hz/50Hz Cardioline ECG200+ v.2.01.5558

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 |



1.03

SEMIP 1.7

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

Report Confirmed by: