

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## 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.

## 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

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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5628 Société : 64008

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BIBI ATT MUSTAPHA

Date de naissance : 01.02.1951

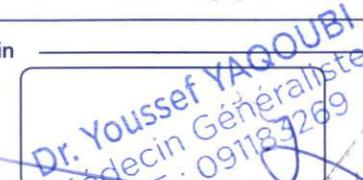
Adresse : Ab Houriq Rue 209 N° 74 Hay Hassan

Code postal : 10000

Téléphone : 06.72.71.59.36 Total des frais engagés : 1215,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/10/2016 Age : 66

Nom et prénom du malade : HAFID

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Jamai

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 2007

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 : 10/10/2016

Signature de l'adhérent(e) : DR YOUSSEF YAQOUBI

#### **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
12-02-2024	G	1200		Dr. Youssef YAQOUBI Médecin Généraliste 01183269

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'USS S LAHION EL KATEB 05 22 25 39 74	11.12.20	95,02

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Hicham SATOR Médecin Radiologue NPIE: 011189917	11/12/2014	DD	100,-

#### 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECU



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة  
ORDONNANCE

Le 11/12/2020

on fixe Name

49,70

S. L.

22

ج

15,30

S. L.

157 ج 3

(etamny)

ج

152 ج 3

95,00

Pharmacie de l'Oasis  
Rue A. LAHLOU El Hachemi  
54, F. Hassan II  
Tél.: 0522 86 30 20

Dr. Youssef YAQOUBI  
Médecin Généraliste  
INPE : 091183269

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05  
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

PPV: 79DH70

PER: 10/23

LOT: J3041

(R)

## COM

Comprimé

## INDICA

Traitemen

cine



sensibles telles que :

- infections respiratoires hautes : ouïe moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

## CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

## MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

## EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

## POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

## MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

## TABLEAU A (LISTE I).



bottu SA

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaâ - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

ROYAUME DU MAROC  
POLYCLINIQUE DE LA  
SECURITE SOCIALE  
DERB GHALLERF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

N° 010966

NOM DU MALADE ..... *Fikri Name*

N° C.N.S.S. ou Mutuelle .....

Nom du Service Médical  
demandeur code

*SG*

Renseignement Clinique

- ad. fyp  
- ad. gchard

Examen demandé

*LCT*  
*Thorax*

INPE : 091183269  
Médecin Généraliste  
D. YOUSSEF YAQOUBI  
Le Médecin Traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

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 :	1184227	N° SEJOUR :	200081654	FACTURE N° 2005050482				DATE D'ENTREE : 11/12/2020		DATE DE SORTIE : 11/12/2020	
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE : FIKRI,Naima				UF: 5002 URGENCES				FIKRI,Naima			
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. :				TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.	V	1.00	120.00		120.00					0.00	120.00

Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (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 : 11/12/2020		EDITEE LE : 11/12/2020		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					

<b>POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef</b> La Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux CASABLANCA : 0522-863021/27 Fax: 0522-864205 RDV: 0522-863020 NPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058											
N° IPP : 1184227		N° SEJOUR : 200081652		<b>FACTURE N° 2005050480</b>				DATE D'ENTREE : 11/12/2020		DATE DE SORTIE : 11/12/2020	
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE : FIKRI,Naima				UF: 5002 URGENCES				FIKRI,Naima			
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		TDM	1.00	1000.00	1000.00				0.00	1000.00	
Intervenant : 01062017 DR SATOR HICHAM 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 : 11/12/2020      EDITEE LE : 11/12/2020      PAR: KARIM											
VISA											
ACCIDENT DE TRAVAIL :      DATE AT :											
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											



INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghallef

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le 11/12/2011

Patient (e) : FIKRI NAIMA

### TDM THORACIQUE

#### TECHNIQUE

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

#### RESULTAT

I.R.M  
( 1.5 Tesla )

Absence de surdensité en verre dépoli.

Scanner  
(Corps Entier)

Absence de nodule pulmonaire.

Absence de foyer parenchymateux de type évolutif notable.

Absence d'image de dilatation des bronches ou de bulle d'emphysème.

Absence d'épanchement pleural ou péricardique.

Radiologie  
Numérique

#### CONCLUSION

TDM thoracique est sans particularité.

Echo-Doppler  
(Couleur)

DR SATO  
Dr. Hicham SATO  
Médecin Radiologue  
INPE: 011189917