

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-722174

128045

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 30625 Société : PAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FATH
Date de naissance : 31/01/79

Adresse : Qasr

Tél. : 0661 22 3562 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin : DR. BENMANOUR YOUSSEF

Date de consultation : 15/02/2013
Nom et prénom du malade : FARID BASMA Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : mal de connivance

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 : CASA Le : 19/02/2022

Signature de l'adhérent(e) : G.N

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
19.7.2020			150	INP : 0611281129 Signature : MANSOUR YOUSSEF Date : 29/07/2020 Lieu : Casablanca

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
20/07/22	15/07/1986	IRG Cerebrale	30700
		Prise de vue des Hopital	16€ : 0024589450000
		Residence FINS 39, Bd	Casterman
		NADAIS	NA

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 l'ODF																			
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">D</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G			B	00000000	11433553	D		
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
G																			
B	00000000	11433553																	
D																			
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
FERB GHALLEF

N° 004954

DU MALADE

Ferhat Basma

N.S.S. ou Mutuelle

385

19/10/22

Renseignement Clinique

Examen demandé

- crise d'angioedème pulpaire
gêne respiratoire
cure de polyclinique O 385

et 2000
et 2000

Dr. BENAYOUN YOUSSEF
Le Médecin Traitant
Dr. AYED NEUROLOGIE

PC	K	URGENT	RAPIDE	NON URGE
----	---	--------	--------	----------

YCLINIQUE DE LA
CURITE SOCIALE

N° 004954

DERB GHALLEF

DU MALADE

N.S.S. ou Mutuelle

Faïd Rayma

38-

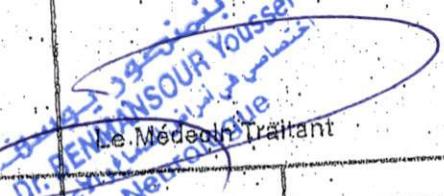
Renseignement Clinique

Examen demandé

attaque de pneumonie
cystale

IRAN en pleine

Dr. BENYANSOUR YOUSSEF
Le Médecin Traitant



PC =	K =	URGENT	RAPIDE	NON URGE
------	-----	--------	--------	----------

POLYCLINIQUE CNSS - 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 :	1308788	N° SEJOUR :	220062175
----------	---------	-------------	-----------

ASSURE :

MALADE : BASMA,Farid

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

FACTURE N° 2205018363

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DATE D'ENTREE : 19/07/2022 DATE DE SORTIE : 19/07/2022

DESTINATAIRE :

BASMA,Farid

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
FORFAIT HOSPITALISAT ^E , REA, CHIRURGIE, MATERNIT ^E E.E.G	FEE19	1.00	300.00	300.00					0.00	300.00

Intervenant :	26032015 BENMANSOUR YOUSSEF NEUROLOGUE	TOTAUX :	300.00						300.00
---------------	--	----------	--------	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DHS

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

REMISE :	0.00	REGLE:	300.00		AVOIR:	
----------	------	--------	--------	--	--------	--

RESTE DU:	0.00	POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF URGENCES				
-----------	------	--	--	--	--	--

DATE FACTURE :	19/07/2022	EDITEE LE :	19/07/2022	PAR :	IMANE
----------------	------------	-------------	------------	-------	-------

VISA

ACCIDENT DE TRAVAIL :					DATE AT :	
-----------------------	--	--	--	--	-----------	--

N° DE POLICE :						
----------------	--	--	--	--	--	--

Réglément à effectuer à l'ordre de	POLYCLINIQUE CNSS CASABLANCA	POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA
N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

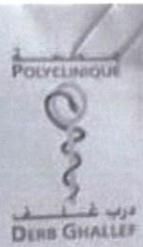
20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1308788	N° SEJOUR :	220062119	FACTURE N° 2202014986				DATE D'ENTREE :	19/07/2022	DATE DE SORTIE :	19/07/2022
ASSURE :								DESTINATAIRE :	BASMA,Farid		
MALADE :	BASMA,Farid				UF:	6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI					
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :					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 SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant :	26032015 BENMANSOUR YOUSSEF NEUROLOGUE	TOTAUX :	150.00							150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :						ACOMPTE:		
CENT CINQUANTE DHS			REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR:		
			RESTE DU:	150.00							
DATE FACTURE :	19/07/2022	EDITEE LE :	19/07/2022	PAR:	LAGRIB	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :			DATE AT :					
			Règlement à effectuer à l'ordre de	POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef							
			BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA							
			N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31							



RAPPORT D'ELECTROENCEPHALOGRAMME

DATE D'EXAMEN : 19/07/2022

NOM / PRENOM : FARID BASMA

AGE : 37 ans

INTERPRETATION :

- Tracé de veille recueille un rythme de fond type alpha à 9-10 HZ bilatéral, symétrique et réactif à l'ouverture des yeux.
- Inscriptions de graphoéléments paroxystiques à type de pointe temporo-frontal bilatéral prédominant à droite.
- Les épreuves d'activation (SLI et HPN) ne modifient pas le tracé.

CONCLUSION :

Tracé EEG montre des graphoéléments paroxystiques temporo-frontal bilatéral prédominant à droite sur un rythme de fond normal.

A handwritten signature in blue ink, reading "Dr. BENMANSOUR YOUSSEF" and "Neurologue". The signature is somewhat stylized and includes some Arabic script above the name.

Dr A. Fattah BELHOUCINE

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille
Ancien PH des Hôpitaux de France

Dr Abdelaziz ZOUAOUI

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca le, 20/07/2022

DR. BENMANSOUR YOUSSEF

Mme. FARID BASMA

COMPTE RENDU

IRM CEREBRALE :

Technique :

- Séquence sagittale T1.
- Séquences axiales T2, FLAIR, diffusion et T2*.
- Séquences coronales T2 et BRAVO T1.

Résultat :

A l'étage supra-tentorielle :

- Les structures de la ligne médiane sont en place.
- Le système ventriculaire est de taille normale et en place.
- Aspect normal des espaces sous-arachnoïdiens de la convexité et de la base.
- Absence d'anomalie de signal au niveau de la substance grise ou blanche.
- Absence d'anomalie de signal ou de volume hippocampique .

Au niveau de la fosse postérieure :

- Le 4^e ventriculaire est médian et de volume normal.
- Aspect normal de la citerne pré-pontique et des angles ponto-cérébelleux.
- Absence d'anomalie de signal isolable sur le parenchyme cérébelleux ou le tronc cérébral

Conclusion :

IRM cérébrale ne révélant pas d'anomalie notable.

Dr. Abdelaziz ZOUAOUI
Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V
Dr. A.ZOUAOUI / Dr. k.RADOUANE
Dr. RADOUANE K.
RADIOLOGUE

Dr A. Fattah BELHOUCINE

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille
Ancien PH des Hôpitaux de France

Dr Abdelaziz ZOUAOUI

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca, le 20/07/2022

Facture N° 2162/22

Nom patient : **FARID BASMA**

Examen(s) réalisé(s) : **IRM CEREBRALE**

Montant : **2400 DH**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX MILLE QUATRE CENTS DH

REGLEMENT : ESPECES

