

## 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.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

**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



## Déclaration de Maladie

N° W21-722174

128045

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30625 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : FATH

Date de naissance : 31/01/79

Adresse : Casa

Tél. : 0661223562 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BENMANSOUR Youssef

Date de consultation : 19/07/2022

Nom et prénom du malade : FARID BASMA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : path de connaissance

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 : 19/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
19/7/22			156	INP: 06/11/28/29

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	19/07/22	IRN Cerebrale	307

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est pné de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canalaire, 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

CLINIQUE DU LA  
CURITE SOCIALE  
BER GHALLEF

N° 004954

DU MALADE

Fernand Lasma

N.S.S. ou Mutuelle

385

1910 X 22

Renseignement Clinique

Examen demande

- crise de toux, essouffement, gêne respiratoire, toux blanche, crachats blancs.

O. B. M. Youssef

Le Médecin Traitant

URGENT

RAPIDE

NON URGENT



CLINIQUE DE LA  
SECURITE SOCIALE  
JERB GHALLEF

N° 004954

DU MALADE

Farid Beyrou

N.S.S. ou Mutuelle

38

Renseignement Clinique

Examen demandé

attache de premier ordre  
cylindrique

IRA en plusieurs

Le Médecin Traitant

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

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	<b>FACTURE N° 2205018363</b>		DATE D'ENTREE : 19/07/2022		DATE DE SORTIE : 19/07/2022				
ASSURE :				DESTINATAIRE : BASMA, Farid						
MALADE : BASMA, Farid		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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNIT 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					
DATE FACTURE : 19/07/2022	EDITEE LE : 19/07/2022	PAR : IMANE	ACCIDENT DE TRAVAIL					
VISA		N° DE POLICE :	DATE AT :					
		Réglement 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					

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		<b>FACTURE N° 2202014986</b>		DATE D'ENTREE : 19/07/2022		DATE DE SORTIE : 19/07/2022			
ASSURE :				<b>DESTINATAIRE :</b> <b>BASMA, Farid</b>							
MALADE : BASMA, Farid											
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
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 : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
				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.

دكتور يونس  
Dr. BENMANSOUR YOUSSEF  
Dr. BENMANSOUR YOUSSEF  
Neurologue



**Dr A. Fattah BELHOUCINE**

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

**Dr Abdelaziz ZOUAOU**

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<sup>e</sup> 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 ZOUAOU**  
Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens  
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V  
Résidence les Fleurs 59 Bd Zerketouni - Casablanca  
Tél. 06 22 88 11 11 - 06 22 88 11 11

**Dr. A. ZOUAOU / Dr. K. RADOUANE**

**Dr. K. RADOUANE**  
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

**RADIOLOGIE ZERKTOUNI**  
Résidence les Fleurs 59 Bd Zerktouni  
Angle Rue des Hôpitaux  
Casablanca - Tél: 05 22 88 11 11  
ICE : 002458095000096