

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **01560**

Société : **Ex.RAY**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**SADDIKI Mohamed**

**A 59688**

Date de naissance : **11/11/1953**

Adresse : **10 Rue n°2 GR II Elouifa**

Tél. : **0669995935**

Total des frais engagés : **2.200 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : .....

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 : **Ray** Le : **5/11/2013**

Signature de l'adhérent(e) : **Ray**

## 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

## 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
	03.05.23	5 KM	
		POLYCLINIQUE CNS DERB GHALEF CAURJU SIDI BOU	

## 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	
				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

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

[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

ROYAUME DU MAROC

MINISTERE DE LA SANTE PROTECTION SOCIAL

REGION DE CASA-SETTAT

DELEGATION PROVINCIALE DE BERRECHID

HOPITAL AR-RAZI DE DE PSYCHIATRIE

SERVICE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES



المملكة المغربية

وزارة الصحة للحماية الاجتماعية

جهة الدار البيضاء سطات

المندوبيا الإقليمية ببرشيد

مستشفى الرazi للطب النفسي

Berrechid le : 23/03/2023

Nom et Prénom :

Dossier Médical N°

Demeurant à :

Berrechid

F 273/23

ok

### ORDONNANCE

DR. SEBATI Leila  
Médecin Psychiatre  
Hôpital AR-RAZI de Psychiatrie  
BERRECHID

Mohamed Saddiki

Fam Gyn

IRM cérébrale

POLYCLINIQUE CHS  
DERB-GHALF CASABLANCA  
Caisse Radio-Logia

Le patient de 70 ans,

avec hypertension, qui présente  
des crises convulsives

TRAITEMENT DE :

RENDEZ VOUS :

DR. SEBATI Leila  
Médecin Psychiatre  
Hôpital AR-RAZI de Psychiatrie  
BERRECHID



POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

DERB GHALLEF

# Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

Casablanca le : 03/05/2023

Patient (e) : SADDIKI MOHAMED

## IRM CEREBRALE

### TECHNIQUE :

Séquence axiales T<sub>2</sub>, Flair, et Diffusion avec calcul de l'ADC Séquence coronales T2 et sagittale T<sub>1</sub> Séquence angio IRM (3DTOF) ;

### RESULTAT

- Lacune pariétale postérieure gauche centimétrique (10mm) en hypersignal diffusion avec un ADC intermédiaire en rapport avec une lésion ischémique à la phase subaigüe
- Absence De lésion hémorragique
- Hypér signaux T2 et Flair nodulaires et en plages en para ventriculaire en rapport avec une leucopathie vasculaire fazekas III
- Atrophie cortico sous corticale modérée comme en témoigne l'élargissement du système ventriculaire et des sillons corticaux.
- Absence de syndrome de masse
- Structures médianes en place.
- Citernes de la base sont libres.
- Absence d'anomalie vasculaire en 3D TOF

### CONCLUSION

- Lacune pariétale postérieure gauche en rapport avec une lésion ischémique subaigüe (AVCI lacunaire)
- Atrophie cortico sous corticale associée à une leucopathie vasculaire Fazekas III

Dr. BENJAHIR ASIFAA  
Megecin Radiologue

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 : 1379729	N° SEJOUR : 230041688	FACTURE N° 2303015856				DATE D'ENTREE : 03/05/2023		DATE DE SORTIE : 03/05/2023		
ASSURE :						UF: 5003 RADIOLOGIE		DESTINATAIRE :		
MALADE : SADDIKI,Mohamed		N° IMMAT C.N.S.S :		SADDIKI,Mohamed						
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :								
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
ACTES DE RADIOLOGIE IRM(Y COMPRIS LES PRODUITS DE CONTRASTE)	IRM	1.00	2200.00	2200.00					0.00	2200.00

Intervenant : 2042013 DR BENNANI RTEL ASMAE (RADIOLOGUE)			TOTaux : 2200.00								2200.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE DEUX CENTS DHS			PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
			REMISE : 0.00		REGLE :						AVOIR :	
			RESTE DU DERB-GHALLEG 2200.00		POLYCLINIQUE CNSS							
DATE FACTURE : 03/05/2023			EDITEE LE : 03/05/2023		PAR: BILAL		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							

POLYCLINIQUE CNSS  
DERB-GHALLEG CASABLANCA  
Caisse Régionale