

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0018338

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01560 Société : ERRA7
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SADDIKI Mohamed AS9688
 Date de naissance : 11/11/1953
 Adresse : 10 Rue W12 GRU ELoulfa
 Tél. : 0669995935 Total des frais engagés : 2200 DH 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 : Casablanca Le : 5 / 11 / 2013

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

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

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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

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
	03.05.23	5 RM	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

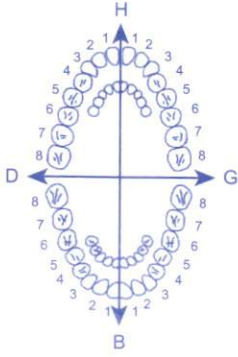
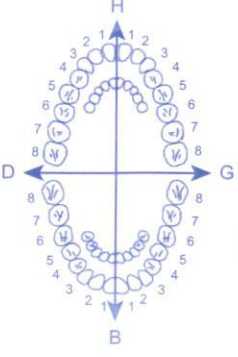
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
MINISTRE DE LA SANTE PROTECTION SOCIAL
REGION DE CASA-SETTAT
DELEGATION PROVINCIALE DE BERRECHID
HOPITAL AR-RAZI DE DE PSYCHIATRIE



المملكة المغربية
وزارة الصحة للحماية الاجتماعية
جهة الدار البيضاء سطات
المنشوية الإقليمية برشيد
مستشفى الرازي للطب النفسي

SERVICE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

Berrechid le :

25/03/2023

Nom et Prénom :

Dossier Médicale N°

Demeurant à :

F 273/23
Benchid

ok

ORDONNANCE

Dr. SEBATI Leila
Mé. Psychiatrie
Hôpital ARRAZI de Psychiatrie
BERRECHID

Mohamed Saddiki

Fait à :

IRM cérébrale

POLYCLINIQUE CHES
DERB-GHALLEF CASABLANCA
Caisse Radiologie

RC patant de 70 ans,
avec hyperbader, qui présente
des troubles cognitifs

TRAITEMENT DE :

RENDEZ VOUS :

Dr. SEBATI Leila
Mé. Psychiatrie
Hôpital ARRAZI de Psychiatrie
BERRECHID

Casablanca le : 03/05/2023

Patient (e) : SADDIKI MOHAMED

IRM CEREBRALE

TECHNIQUE :

Séquence axiales T₂, Flair, et Diffusion avec calcul de l'ADC Séquence coronales T2 et sagittale T₁ Séquence angio IRM (3DTOF) ;

RESULTAT

- Lacune pariétale postérieure gauche centimétrique (10mm) en hypersignal diffusion avec un ADC intermédiaire en rapport avec une lésion ischémique a la phase subaigue
- Absence De lésion hémorragique
- Hyper 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. BENJAMIN RTEL ASIAA
Médecin 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 N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : SADDIKI,Mohamed						
MALADE : SADDIKI,Mohamed										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 : TIERS PAYANT 2 : REF. PC 1 : REF. PC 2 :										
NATURE DE PRESTATION	LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / 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 RTEI 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 : 2200.00							
DATE FACTURE : 03/05/2023	EDITEE LE : 03/05/2023	PAR: BILAL	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA 011 780 0000 70 210 00 60 028 31			