

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

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2948 Société : _____

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Jamil El festafo

Date de naissance : 01.01.1983

Adresse : Ap 171y Rachid 5m 2 N°38 B

Tél. : 0662 13 11 26

Total des frais engagés : 2200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/03/2019

Nom et prénom du malade : Jamil El festafo

Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ALD

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 : Paray

Le 07/06/2019

Signature de l'adhérent(e) : El festafo

8

9

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 INSS D'Uganda INPE : 9103635	30/05/23	IRN	2.200

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

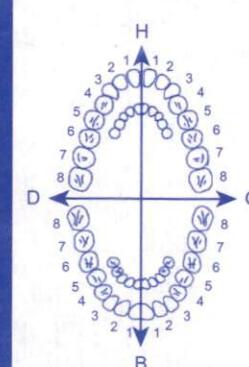
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



مَسْجِدُ دَارِ السَّلَامِ

CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le

287-3764

D. Juan E. Gómez

— go as

- Are there any other possible reasons?

→ DM de la Caisse d'assurance maladie

URGENCES 24/24

مسنون

728, Bd Modibo keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma

www.cliniquedarsalam.ma - CNSS : 6387246 - Patente : 36372350 - IF : 1087352



N° IPP :	1371296	N° SEJOUR :	230051706	FACTURE N° 2303019324				DATE D'ENTREE : 30/05/2023 DATE DE SORTIE : 30/05/2023					
ASSURE :								DESTINATAIRE :				JAMIL, El Mostafa	
MALADE :	UF: 5003 RADIOLOGIE												
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 :												
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 : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED				TOTAUX :	2200.00						2200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
DEUX MILLE DEUX CENTS DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	2200.00			AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 30/05/2023 EDITEE LE : 30/05/2023 PAR: SAAD				<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
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 ADDA MAN
BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA
N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31
Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA



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

Casablanca le 30/05/2023

Patient (e) : JAMIL EL MOSTAFA

EXAMEN: IRM CEREBRALE

TECHNIQUE : Séquence axiales T₁, T₂, Flair, Diffusion avec calcul de l'ADC

Séquence sagittale T₁ Injection de GADO

Séquence angio IRM (3DTOF) : séquence d'angio-IRM

RESULTAT

- Plage cortico-sous-corticale de l'hémisphère cérébelleux gauche en hypersignal hétérogène FLAIR et T₂, isosignal Diffusion avec vides de signal périphérique sur la séquence T₂*
- Hyper signal nodulaire de la substance blanche péri ventriculaire
- Absence d'ischémie récente
- Structures médianes en place.
- Système cisterno-ventriculaire de taille et de morphologie compatible avec l'âge
- V4 en place.
- Absence d'anomalies du polygone de Willis
- Absence d'anomalies des sinus veineux

CONCLUSION

- AVC ischémique chronique de l'hémisphère cérébelleux gauche
- Absence d'ischémie récente ou de foyer hémorragique notable
- Signe de leucopathie vasculaire chronique (Fazekas I)

DR MASTOUR MED
Radiologue polyclinique
CNSS Derb Ghallef
N°PE : 9103635