

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR EVITER 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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

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.

RAS : 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° P19- 0014429

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 32.16 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TAYAB Abdelmajid Date de naissance : 04/02/1953

Adresse :

Tél. 0670747429 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/06/19

Nom et prénom du malade : TAYAB Said Age :
(Handwritten signature of Tayab Said)

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Drugs Reflux

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Tayab

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
27/06/19			120.50	Dr. Youssef YACOUBI Médecin Généraliste

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 Cœfficients	Montant des Honoraires
Dr. Abdellah BEN HADJ HAM Médecin Radiologue Technicien CHSS DÉPARTEMENT Télé: 21076708	27/06	ED 100	18000 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
<img alt="Dental chart showing upper and lower arches with numbered teeth from 1 to 8. A cross is			

ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
10 ZERB CHALLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

N° 010966

NOM DU MALADE TAYAB S.D

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Nom du Service Médical
demandeur code



Renseignement Clinique

Briga Shafiq

Examen demandé

Bte a bilan

Dr. Youssef VAQOURI
Medecin Généraliste

Le Médecin Traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON

ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE
DÉPARTEMENT D'ASSALIF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MÉDICALE

Nom du Service Médical
demandeur code

N° 010966

NOM DU MALADE

TAYAR Said

N° C.A.S.S. ou Mutuelle

Renouvellement Clinique

Examen demandé

VB télérographie

Upasenie = 847 wff

TDM abdominal
avec injection

Dr. Youssef YAQOUBI
Médecin Généraliste

Le Médecin Traçant

PO =

KW

URGENT

RAPIDE

NON

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
 de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
 1000 CASABLANCA
 tél: 0522-863021/27 Fax: 0522-864205 RDV: 0522-863020
 IPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



° IPP : 1089370	N° SEJOUR : 190042189	FACTURE N° 1905029300				DATE D'ENTREE : 27/06/2019	DATE DE SORTIE : 27/06/2019			
SSURE :						DESTINATAIRE :				
ALADE : TAYAB,Said		UF: 5002 URGENCES		TAYAB,Said						
OM 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		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE)					120.00					120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE:
					REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR:
					RESTE DU:	120.00				
					ACCIDENT DE TRAVAIL:					
					N° DE POLICE :			DATE AT :		
					Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef					
					BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
					N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					

Signature over the signature block, with a blue circular stamp containing the text "POLYCLINIQUE C.N.S.S." and "DERB GHALLEF".

POLYCLINIQUE C.N.S.S - 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 :	1089370	N° SEJOUR :	190042182	FACTURE N° 1905029293	DATE D'ENTREE :	27/06/2019	DATE DE SORTIE :	27/06/2019
----------	---------	-------------	-----------	------------------------------	-----------------	------------	------------------	------------

ASSURE :

MALADE : TAYAB,Said

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

TAYAB,Said

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	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00
ECHOGRAPHIE										

Intervenant :	18102013 DR BENBRAHIM ABDELILAH (RADIOLOGUE)	TOTAUX :	200.00							200.00
---------------	--	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DHS

PLAFOND PC :

REMISE : 0.00 REGLE :

RESTE DU: 200.00

DATE FACTURE : 27/06/2019

EDITEE LE : 27/06/2019

PAR: BAKHRI

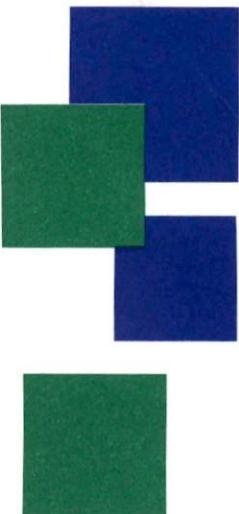
ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

N° DE POLICE :

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





Casablanca, le 28/06/2019

Facture N° : 7330/19

Nom & Prénom du patient : TAYAB SAID

Désignation	Total
SCANNER ABDOMINAL	1800 DH
1800 DH	
1800 DH	
Total General	1800dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME:

MILLE HUIT CENTS DH

Angle boulevard Nador et Atlantide , quartier POLO - Casablanca

Tél.: 0522 79 33 00 / 0522 21 80 31 - Fax : 0522 21 32 95 - E-mail : avicenne.clinic1@gmail.com

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE-DERB GHALLEF
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE-ECHOGRAPHIE-DOPPLER-SCANNER

TAYAB SAID

URG

27/6/2019

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Vésicule biliaire : est le siège de plusieurs calculs de taille infra-centimétrique

Pas d'épaississement pariétal.

Absence de dilatation des voies biliaires intra-hépatique .

La voie biliaire principale mesure 8 mm sans obstacle visible. GHALLEF

Foie homogène de volume normal de contours réguliers. GHALLEF
URG-CONVENTIONNELLE-SCANNER

Pancréas est de taille normale.

Le tronc porte de calibre normal et perméable.

Les deux reins et la rate sont normaux.

Absence d'ascite ou d'adénopathie profonde.

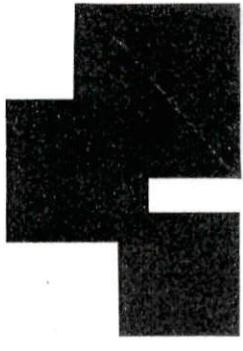
CONCLUSION :

Vésicule biliaire lithiasique faite de calculs de taille infra-centimétrique

Absence de dilatation des voies biliaires hépatiques.

Dr A. BENBRAHIM

Dr. Abdellah BENBRAHIM
Médecin Radiologue
Polyclinique GHSS DERB GHALLEF
INPE 21076/08



Casablanca, le 28/06/2019



Nom /Prénom : TAYAB SAID
Médecin prescripteur :

TDM ABDOMINALE

TECHNIQUE :

- Acquisition hélicoïdale sans et avec injection de PDC avec reconstructions MPR.

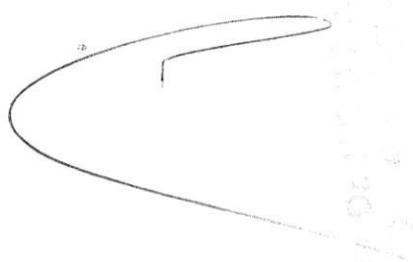
RESULTAT :

- Pancréas de taille normale siège d'une importante infiltration de la graisse péri-pancréatique et péritonéal.
- On note la présence de multiples collection siégeant en péri-pancréatique, au niveau de l'arrière cavité de l'épiploon et au niveau deux gouttières pariéto-coliques s'étendant au niveau des fosses iliaque.
- Absence de nécrose pancréatique
- Absence de dilatation du Wirsung
- Vésicule pleine multi lithiasique
- Absence de dilatation des voies biliaires intra hépatiques et de la VBP.
- Epanchement pelvi en de faible abondance
- Par ailleurs, le foie, la rate, les reins et les surrénales sont d'aspect scannographique normal
- Vessie semi pleine avec contenu homogène.

CONCLUSION :

- Aspect TDM en rapport avec pancréatite aigue stade E coté 4 sur le score de CTSI.
- Origine biliaire.

En vous remerciant de votre confiance



Angle boulevard Nador et Atlantide , quartier POLO - Casablanca

Tél.: 0522 79 33 00 / 0522 21 80 31 - Fax : 0522 21 32 95 - E-mail : avicenne.clinic1@gmail.com