

# 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.

## 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.

## Éducation :

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 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

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° P19- 0014429

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3216 Société : A.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 Sarah Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Endométriose  
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) :



# 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
27/06/19		1	120,00	M. Youssef YAGHOUBI Médecin Généraliste

# 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
Dr. Abdelilah BELMAMOUN Médecin Radiologue Clinique CHSS DEREGANES Tél: 21076700	27/06/19	ECHO	200,00
Le 28-06-19		TDA ABDOU NINALE	1800,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

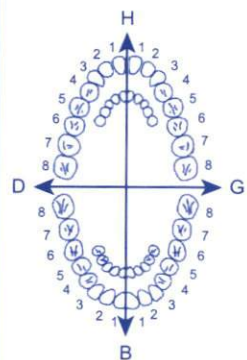
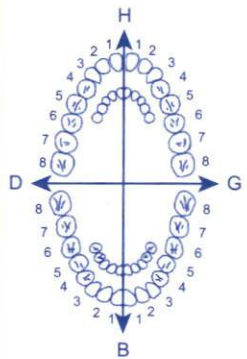
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><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>D</td><td>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC  
POLYCLINIQUE DE LA  
SECURITE SOCIALE  
DEREGHAI EF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

N° 010966

Nom du Service Médical  
demandeur code

NOM DU MALADE

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements Cliniques

Examen demandé

Eryza Shafiq

Ble a l'abdomen

Dr. Youssef VAQUOUBI  
Médecin Généraliste

Le Médecin Traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON



ROYAUME DU MAROC  
POLYCLINIQUE DE LA  
SECURITE SOCIALE  
25 RUE D'HAILEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

N° 010966

Nom du Service Médical  
demandeur code

NOM DU MALADE

TAYAB Said

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Résumé Clinique

Examen demandé

UR tithyagye

Upasemie = 847 ur/l

TDM abdominal  
avec injection

Dr. Youssef YAQOUBI  
Médecin Généraliste

Le Médecin Traitant

Z

PC

K

URGENT

RAPIDE

NON



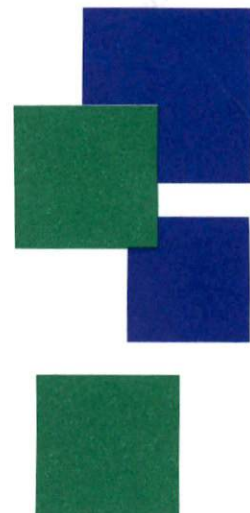
N° IPP : 1089370		N° SEJOUR : 190042189		<b>FACTURE N° 1905029300</b>		DATE D'ENTREE : 27/06/2019		DATE DE SORTIE : 27/06/2019			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES		DESTINATAIRE : <b>TAYAB,Said</b>					
MALADE : TAYAB,Said				N° IMMAT C.N.S.S :							
DOM JEUNE FILLE :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F											
Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE)					TOTAUX :	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					
DATE FACTURE : 27/06/2019					EDITEE LE : 27/06/2019	PAR: BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA					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	

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		<b>FACTURE N° 1905029293</b>		DATE D'ENTREE : 27/06/2019		DATE DE SORTIE : 27/06/2019			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES		DESTINATAIRE : <b>TAYAB,Said</b>					
MALADE : TAYAB,Said				N° IMMAT C.N.S.S :							
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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00
Intervenant : 18102013 DR BENBRAHIM ABDELILAH (RADIOLOGUE)					TOTAUX :	200.00					200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS					PLAFOND PC :				ACOMPTE:		
					REMISE : 0.00		REGLE :		AVOIR :		
					RESTE DU: 200.00						
DATE FACTURE : 27/06/2019					EDITEE LE : 27/06/2019	PAR: BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA					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				





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	
<b>Total General</b>	1800dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME:

MILLE HUIT CENTS DH



**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.

Foie homogène de volume normal de contours réguliers.

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. Abdelilah BENBRAHIM  
Médecin Radiologue  
Polyclinique CHS DERB GHALLEF  
INPE 21076708



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 pelvien 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 rapporta avec pancréatite aigue stade E coté 4 sur le score de CTSI.
- Origine biliaire.

En vous remerciant de votre confiance

