

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	2845	Société :	19339
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>Jamil E. P. Doutefaj</i>
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
<i>Jamil E. P. Doutefaj</i>		01.01.1943	
Adresse :		<i>Hydron Jadiwi - 1002.38 B - CASA</i>	
Tél. :		Total des frais engagés : 2364,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	
<i>30 NOV. 2020</i>	
Malida ZAHRAOUI	
Médecine Interne	
Pathologie Infectieuse - Hépatologie	
Médecine Tropicale	
Maladie Sexuellement Transmissible	
86 Boulevard Aoulay Driss 1er - CASA	
Tél. : 0522 86 14 08/09	
Date de consultation :	
30/11/2020	
Nom et prénom du malade :	
<i>M. JAMIL MILASSI</i>	
Age :	
Lien de parenté :	
<input type="checkbox"/> Lui-même	
<input type="checkbox"/> Conjoint	
<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	
<i>Infection Broncho-pulmonaire</i>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
<i>air</i>	

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 : *CASA* Le : *30/11/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *Jamil*

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
03/11/2022	5	1	5000.00	Pr. Majida ZAHRAOUI Médecine Interne Pathologie Infectieuse - Hépatologie Médecine Tropicale Maladie Sexuellement Transmissibles 86, Boulevard Moulay Driss 1er - CASA Tél: 0528 95 14 88 / 08

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3/11/20	84,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
laboratoire d'Analyses Médicales ANHICHEM Docteur SAI ANHICHEM Casablanca	03/11/2022	T.D.F	1000,00
	09/11/2022	B.780	780,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	

Pr. Majida ZAHRAOUI

Spécialiste en Médecine Interne

Hépatologie - Endoscopie digestive

Pathologie Infectieuse et Médecine Tropicale

Nutrition et Traitement de l'Obésité



الدكتورة مجيده الزهراوي

أستاذة بكلية الطب

أخصائية في الطب الباطني

أمراض الكبد - المنظار الباطني

الأمراض التعففية - الأمراض الإستوائية

طب التغذية و علاج السمنة

Casablanca, le

03/11/2023 البيضاء في

17e JAMIL MILANDU

- NFS PLAQUETTE
- O FERRITININÉMIE
- O TROPONINÉMIE
- O D DIMÉRE
- O PROCALCITONINÉMIE
- O ASAT. ALAT. CPK. LDH
- O GLYCÉMIE À JEUN
- O CRÉATININÉMIE
- O CRP

Laboratoire d'Analyses Médicales
ANHICHEM
Docteur SAID ANHICHEM
Casablanca

Pr. Majida ZAHRAOUI
Médecine Interne
Pathologie Infectieuse - Hépatologie
Médecine Tropicale
Mal. de Sexuellement Transmissible
86, Boulevard Moulay Driss 1er - CASA
Tél : 0522 86 14 08 / 09

LABORATOIRE ANHICHEM D'ANALYSES MEDICALES

Dr SAID
ANHICHEM
BIOLOGISTE

N°122 ,Av Akid Allam Hay My Rachid 2 Bournazel
Casablanca
Tél: 05 22 56 15 85 Fax: 05 22 56 15 86
IF: 14363584 ICE: 00034900000065

FACTURE N° : 200006983

CASABLANCA le 03-11-2020

Mme JAMIL Milouda

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
0216	Numération formule	B80	B
0235	D-DIMERES	B200	B
0370	CRP	B100	B
0458	Procalcitonine par immunomarquage	B400	B

Total des B : 780

Total des HN : 0

TOTAL DOSSIER : 780.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent quatre-vingts dirhams .

Laboratoire d'Analyses Médicales
ANHICHEM
Docteur SAID ANHICHEM
Casablanca



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 03/11/2020

Patient (e) : JAMIL MILOUDA

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE

Examen réalisé en coupes axiales en mode hélicoïdal sans injection du produit de contraste.

RESULTAT

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

Multiples images en verre dépoli basale bilatérales.

Absence d'épanchement pleural ou péricardique.

Absence épanchement péricardique

Absence de nodule pulmonaire

Absence d'image de dilatation des branches.

CONCLUSION

Aspect de foyer pneumopathie aigue faisant suspecté une origine infectieuse virale (Covid19 vu le contexte.) lésion minime 5% du volume pulmonaire

A confronter au reste du bilan.PCR +++

Dr MASTOUR MOHAMEL
Polyclinique CNSS
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

42

N° IPP :	1175996	N° SEJOUR :	200070472	FACTURE N° 2005043995				DATE D'ENTREE : 03/11/2020 DATE DE SORTIE : 03/11/2020				
ASSURE :								DESTINATAIRE : JAMIL, Milouda				
MALADE :	JAMIL, Milouda				UF: 5002 URGENCES							
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 :			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		
ACTES DE RADIOLOGIE												
TDM	TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00		

Intervenant : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED				TOTALS :		1000.00						1000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :							ACOMPTE :	
MILLE				REMISE :		0.00	REGLE :				AVOIR :	
				RESTE DU :		1000.00						
DATE FACTURE : 03/11/2020				EDITEE LE : 03/11/2020		PAR : SAAD	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						

