

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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



Déclaration de Maladie

N° W21-690716

104653

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	702	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL MARROURI M/LOUD			
Date de naissance : 01/01/48			
Adresse : 51 Rue HASSANE II 20000 - CASABLANCA			
Tél. : 0662 243603 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNIDP N° A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr M. Al-Habib HADDAM Spécialiste en Chirurgie Générale Option Chirurgie Thoracique & Cardio-vasculaire / Casablanca </div>			
Date de consultation : 11/10/2022			
Nom et prénom du malade : EL MARROURI M/LOUD Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Maladie variqueuse des os. Dr.			
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 : 11/10/2022 Le : 11/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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
17/10/22	SE RÉFÉRENT A LA CONSULTATION DU 10/10/22	6	150,00	INP : 091070409 Dr M. Al-Habib HADDAM Spécialiste en Chirurgie Générale Option Chirurgie Thoracique & Cardio-vasculaire / Cardiologique

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

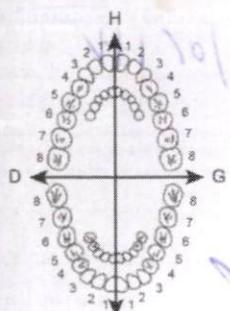
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients d'urgences	Montant des Honoraires
INPE 091183251 *	2016.12.26	Coef. d'Urgences Polyclinique FNSS Zirada	600

AUXILIAIRES MEDICAUX

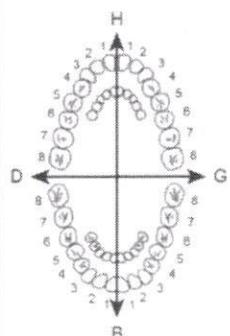
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
G	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOLS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DE TRAVAIL

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DU
DEVIS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



وصفة ORDONNANCE



le 17 OCT 2022

Dr. EL MAROUI M'hamed

Examen demandé à la Radiologie
Présentant présentation
recidive de Varices des OS. Prof.
Bilatérales :

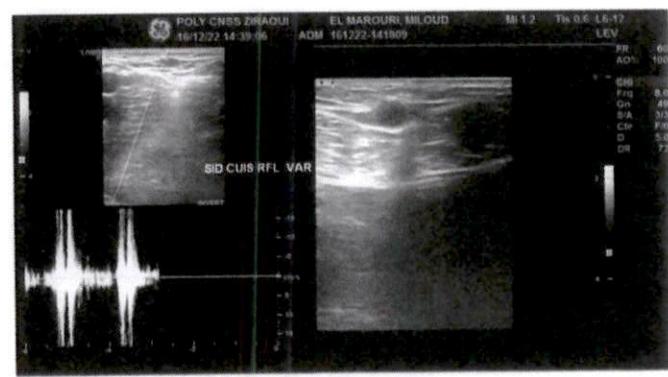
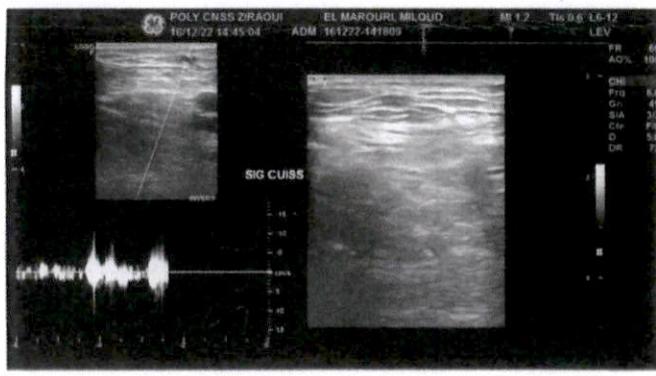
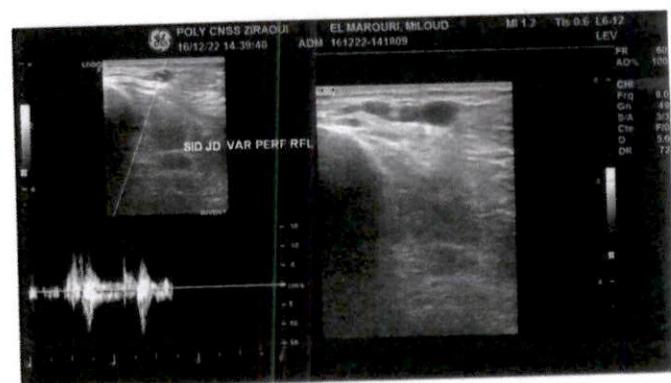
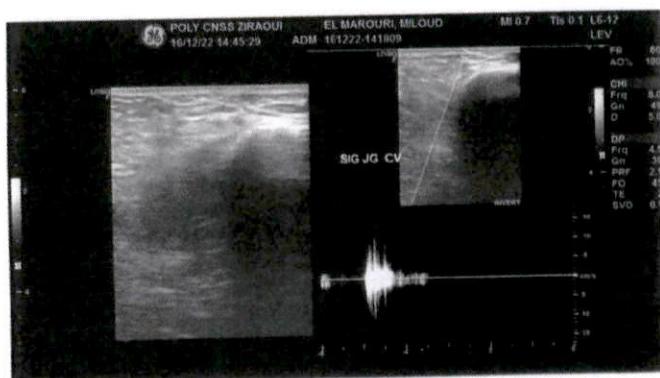
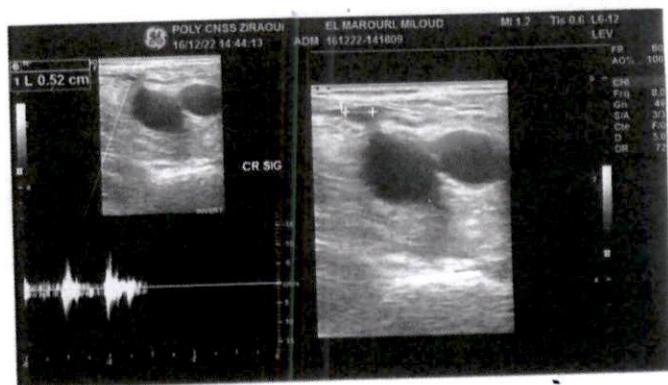
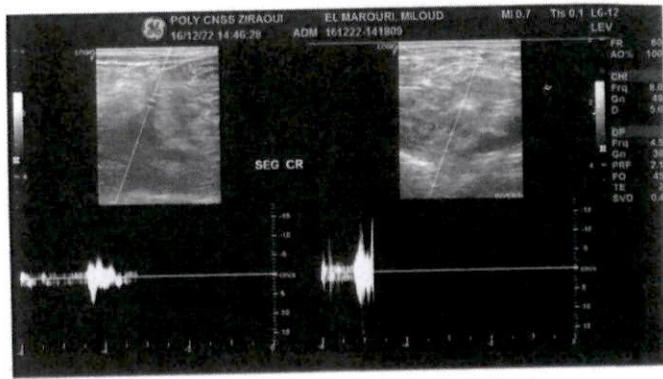
Bilio-Digitaux Veineux

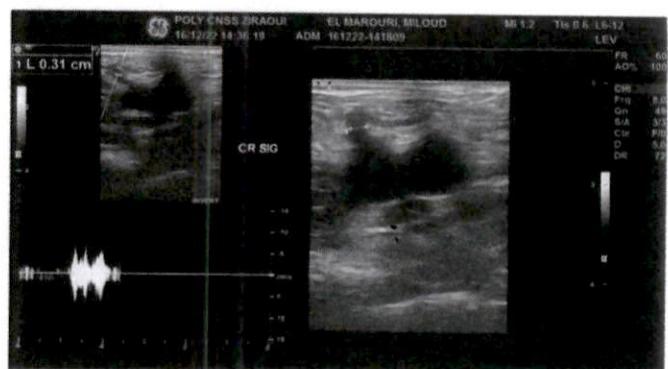
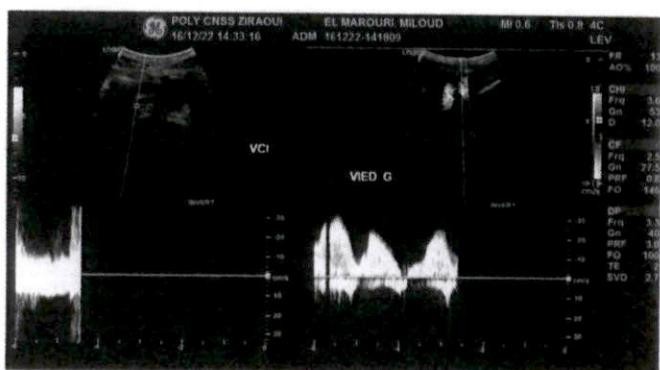
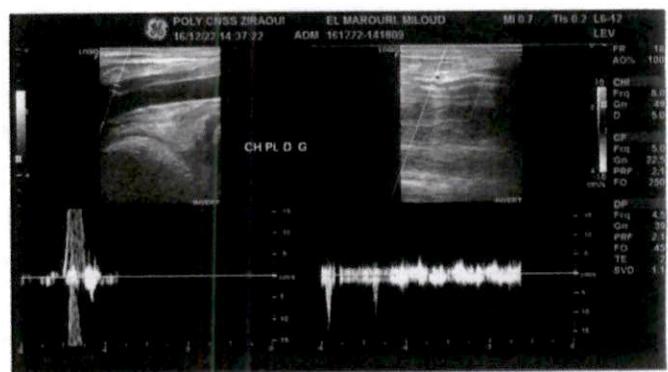
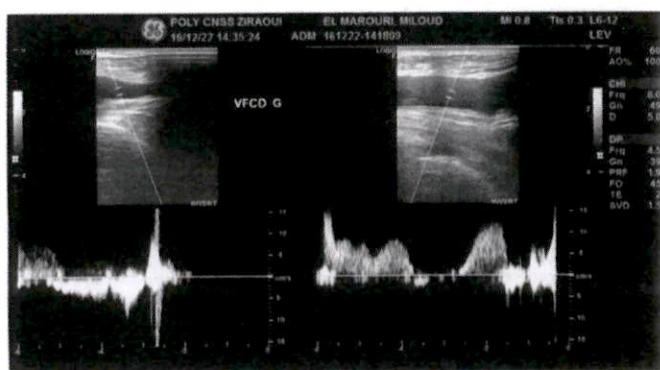
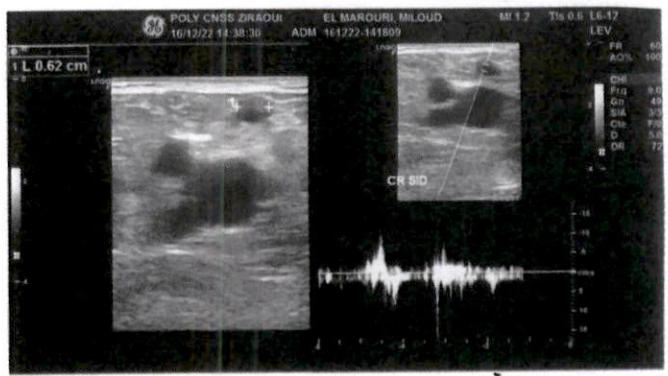
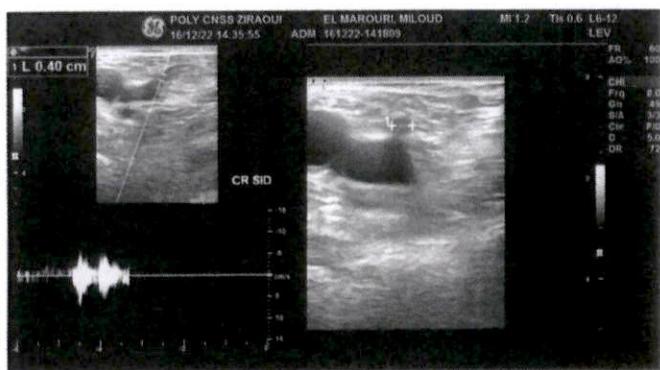
des 2 membres inférieurs

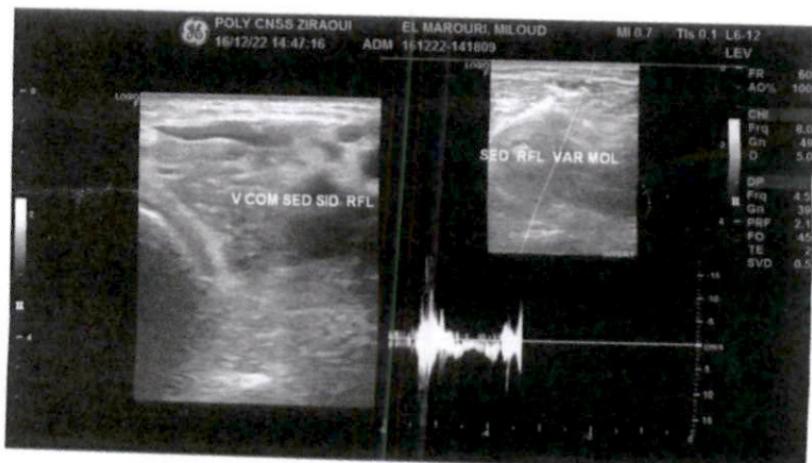
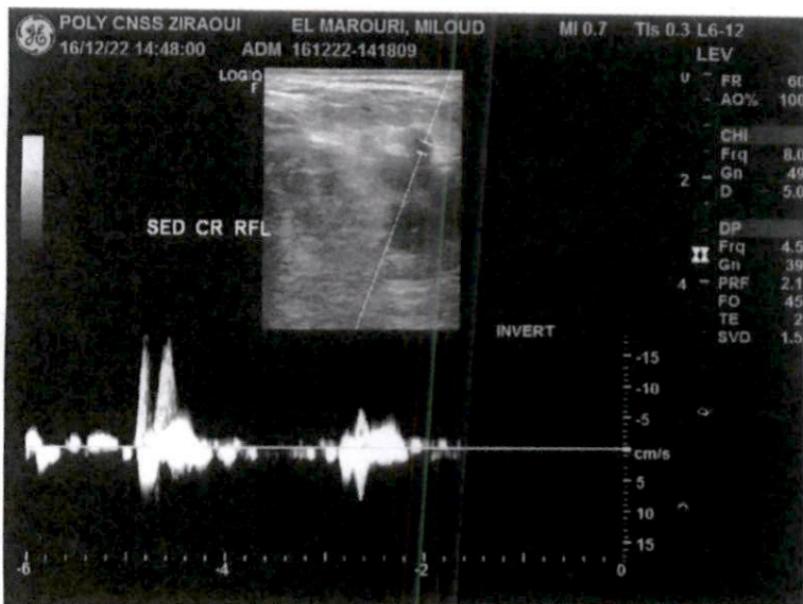
AVEC ~~grosses urgences~~
0BS ~~grosses urgences~~
0BS ~~grosses urgences~~
grosses urgences

Berci

Dr M. Al-Habib HADDAM
Spécialiste en Chirurgie Générale
Option Chirurgie Thoracique
& Cardio-vasculaire /Cais. Stansia







Casablanca, le 16/12/2022

NOM : Mr EL MAROURI Miloud.

MEDECIN DEMANDEUR : Dr M.H.HADDAM.

EXAMEN : Echo-doppler veineux des membres inférieurs.

Technique :

Examen pratiqué en mode triplex avec des sondes de 2 à 5 et de 5 à 11 MHZ.

Réseau veineux profond :

Libre, perméable et continent depuis les veines jambières jusqu'à la veine cave inférieure.

Réseau veineux superficiel :

* **A droite** :

- La crosse de la veine saphène interne (calibre de 6 mm) est incontinent.
- La *veine saphène interne* incontinent alimente de gros cordons variqueux au niveau de son trajet notamment au niveau de la jambe, où elle reçoit deux perforantes incontinentes.
- La veine saphène externe incontinent alimente de gros cordons variqueux au niveau du mollet.
- La crosse de la veine saphène externe est incontinent.
- Présence d'une veine communicante incontinent entre les veines saphènes externe et interne.

* **A gauche** :

- La crosse de la veine saphène interne est continent.
- La veine saphène interne incontinent au niveau de la jambe alimente de fins cordons variqueux, où elle reçoit deux perforantes.
- La *veine saphène externe* est continent au niveau de sa crosse et de son tronc.

Conclusion :

- Réseau veineux profond libre et perméable.
- Incontinence des *veines saphènes internes et externes droites* au niveau de leur crosse et de leur tronc.
- Incontinence de la *veine saphène interne gauche* au niveau de sa crosse et de son tronc.

Dr N. EL GHISSASSI



POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI
 Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 77297	N° SEJOUR : 220042233	FACTURE N° 2203011047				DATE D'ENTREE : 16/12/2022				DATE DE SORTIE : 16/12/2022			
ASSURE :						DESTINATAIRE :							
MALADE : EL MAROURI MILOUD		UF: 5003 RADIOLOGIE				EL MAROURI MILOUD							
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 COTES EN FORFAIT ECHO-DOPPLER VEINEUX PERIPHERIQUE	CX15	1.00	600.00	600.00						0.00	600.00		

Intervenant : 10494 DR EL GHISASSI NEZHA RADIOLOGIE		TOTAUX :		600.00							600.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENTS DHS		PLAFOND PC :								ACOMPTE:		
		REMISE : 0.00		REGLE : 600.00						AVOIR :		
		RESTE DU: 0.00										
DATE FACTURE : 16/12/2022		EDITEE LE : 16/12/2022		PAR: R8280		ACCIDENT DE TRAVAIL :		DATE AT :				
VISA						N° DE POLICE :						
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI						
						BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA						
						N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54						

Caisse des Urgences
Polyclinique CNSS Ziraoui



N° IPP : 77297	N° SEJOUR : 220034022	FACTURE N° 2202010799				DATE D'ENTREE : 17/10/2022		DATE DE SORTIE : 17/10/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		EL MAROURI MILOUD		
MALADE : EL MAROURI MILOUD		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
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 COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 10569 DR HADDAM MOHAMED LIBIB CHIRURGIE	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE :	
	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00				AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 17/10/2022	EDITEE LE : 17/10/2022	PAR: SIBAI	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE :						
			DATE AT :						
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI						
			BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA						
			N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54						

