

# 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 5 mois.

**Adresses Mails utiles**

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@mupras.com |

157239

A

 Maladie Dentaire Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3482

Société :

RAM

 Actif Personnel(e) Autre

Nom &amp; Prénom :

ADEL ABDELHAMD

Date de naissance :

18-04-52

Adresse :

23 RUE IBNOU HABIB CASA

Tél. :

0661311542

Total des frais engagés : 1301,34

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/03/2023

Nom et prénom du malade : Adel Abdelhamid

Age :

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute "Trauma Pied"

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at

mécénat conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 12/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Signature

## ~~RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES~~

RELEVE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Honoraires
31/03/23	Actes	C2	180,-	
31/03/23	Actes	SU	1900	
Des Urgences INP DABDAB 500 6-6 MEDECIN GENERAL POLYCLINIQUE ADDENIA ZIRAOUI ZONE SANTE POUR LA PRIORITE				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
31/03/23 YAMI NEGOCE SARL AU 16 Rue Saad ben Abi Ouakkas Quartier Alsace Lorraine	31/03/23 31/03/23 C:	255,00

## ~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

### **Important**

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Casablanca le 30 Mars 2023

ADEL Abdelhamid  
Mle 3482

MUPRAS - RAM  
CASABLANCA .

Objet: Fracture pied gauche.

Messieurs

je déclare sur l'honneur qu'en date du 30 Mars 23  
soir vers 21H30 en descendant les escaliers, subitement  
j'ai glissé sur la dernière marche, et je me suis tordue  
la cheville du pied gauche.

Le lendemain matin, je me suis présenté à la clinique  
de la CNSS pour examen. Résultat fracture de la base  
d'une métatarsien.

ADEL Abdelhamid

Mle 3482





# وصفة ORDONNANCE

le 31/03/2023

Mr. Adel Abdelhamid

Age : 71 ans

ATCDs = Diabétique  
HTA et Cardiaque

Traumatisme pied gauche

Faire Syp

⇒ Rx pied gauche  
(fa 3/u)

Dr. Kaoutar LAASSAL  
MEDECIN GENERALISTE  
Polyclinique ADDAMAN  
ZIRAOUI  
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI - RUE AKNOUL BD. ZIRAOUI, BOURGOGNE - CASABLANCA  
TÉL : 05 22 20 38 56 / 05 22 22 05 90 - FAX : 05 22 22 29 91



N° IPP : 766520	N° SEJOUR : 230013327	<b>FACTURE N° 2302004568</b>				DATE D'ENTREE : 31/03/2023		DATE DE SORTIE : 31/03/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ADEL,Abdelhamid		
MALADE : ADEL,Abdelhamid		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
<b>ACTES COTES EN C</b> CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M0200018 DR SADEK ABDELLATIF	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 : 31/03/2023	EDITEE LE : 31/03/2023	PAR: R8658	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>						
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						

POLYCLINIQUE C.N.S.S Ziraoui  
Centre des urgences



N° IPP : 766520	N° SEJOUR : 230013293	<b>FACTURE N° 2305003900</b>				DATE D'ENTREE : 31/03/2023		DATE DE SORTIE : 31/03/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ADEL,Abdelhamid		
MALADE : ADEL,Abdelhamid		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
<b>ACTES COTES EN C</b> CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00

Intervenant : 10674 DR LAASSAL KAOTAR				TOTAUX :	80.00					80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	80.00		AVOIR:	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 31/03/2023 EDITEE LE : 31/03/2023 PAR: R8174				<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>						
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						

Centre des Urgences

## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur  
Echographie Cardiaque - Scanner Multibarettes

## COMPTE RENDU

Casablanca, le 31/03/2023

Nom du patient : Mr ADEL ABDELHAMID

### RADIO DU PIED GAUCHE FACE ET PROFIL :

- Fracture non déplacée de la base du 5<sup>ème</sup> métatarsien.
- Minéralisation osseuse normale.
- Calcification au niveau de l'insertion du tendon d'Achille.

Dr R. TAHA





N° IPP : 766520	N° SEJOUR : 230013282	<b>FACTURE N° 2303004019</b>				DATE D'ENTREE : 31/03/2023		DATE DE SORTIE : 31/03/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ADEL,Abdelhamid		
MALADE : ADEL,Abdelhamid		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 :	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
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M0200058 DR TAHAA RADOUAN (RADIOLOGUE)		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 : 31/03/2023		EDITEE LE : 31/03/2023	PAR: R8174	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
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					

Caisse des Urgences  
 Polyclinique C.N.S.S Ziraoui



## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

NOM : ABDEL Prénom : Abdelhamid

1) Date de la constatation de l'état de malade :

2) Renseignements cliniques sommaires :

fracture phalange  
pied

3) Traitement envisagé et actes :

Boîte plastique

K20

2) Durée prévisible du traitement :

A

LE

Signature

Dr SADIK BEN YOUSSEF  
Chirurgien orthopédiste  
Médicalisé



0 9 0 0 0 1 5 5 3

N° IPP : 766520 N° SEJOUR : 230013332

**FACTURE N° 2305003914**

DATE D'ENTREE : 31/03/2023 DATE DE SORTIE : 31/03/2023

ASSURE :

MALADE : ADEL,Abdelhamid

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 :

ADEL,Abdelhamid

**NATURE DE PRESTATION****LETTRE****CLE****NOMBRE****x COEF****PRIX****UNITAIRE****TOTAL****TIERS PAYANT 1****% / Dh****TIERS PAYANT 2****% / Dh****PART DU MALADE****% / Dh****MONTANT****AUTRES ACTES COTES EN K**

Acte de Spécialité Médicale

K

20.00

22.50

450.00

666.34

666.34

Intervenant : M0200018 DR SADEK ABDELLATIF

TOTALS :

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENT SOIXANTE SIX DHS ET TRENTÉ QUATRE CENTIMES

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE :

0.00

REGLE :

666.34

AVOIR :

RESTE DU:

0.00

DATE FACTURE : 31/03/2023

EDITEE LE : 31/03/2023

PAR: R8658

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

DATE AT :

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

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI  
Caisse des Urgences



# وصفة

## ORDONNANCE

Dr. Adel Abdelhamid

Dr. Kader LAASSAL  
MEDECIN GENERALISTE  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
ZIRAOUI

31/03/2023

Orthèse de  
Cheville gauche

AMI NEGOCES SARL'AU  
46 Rue Saad ben Abdouakkas  
Quartier Alsace Lorraine  
CASA Tel/Fax 05 22 48 51 21

Dr. Kader LAASSAL  
MEDECIN GENERALISTE  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
ZIRAOUI

Mr ADEL ABDELHAMID

## FACTURE :

NUMERO	DATE
FA2300179	31/03/23

Référence	Désignation	Qté	Px uni.T.T.C	Remise	Montant T.T.C	
404XL	CHEVILLERE NEOPRENE LIGAMENTAIRE AVEC SUPPORT X-LARGE	1,00	300,00	15%	255,00	2


  
**YAMI NEGOCIE SARL AU**  
 46 Rue Saad Ben Abi Ouakkas  
 Quartier Alsace Lorraine  
 CASA Tel./Fax 05 22 48 51 21

Code	Base	Taux	Montant	Port	Total HT	Escompte	Total TTC	Acompte	NET A PAYER
2	212,50	20%	42,50		212,50	0,00	255,00	0,00	255,00
<b>Total</b>	<b>212,50</b>		<b>42,50</b>						

**Conditions de livraison :**  
**Modalités de règlement :**

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux cent cinquante cinq Dirhams