

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W21-794427

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **3482**

Matricule : **3482** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **ADEL Abdelhamid**

Date de naissance : **18-04-52**

Adresse : **23 Rue BENOU HABIB CABA**

Tél. : **0661315421** Total des frais engagés : **1301,34**

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 ☐ Enfant

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'attention du médecin 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 : **CABA** Le : **12/04/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Casablanca le 30 Mars 2023

~~Abdel~~ Abdelhamid
Mle 3482

MUPRAS - RAM
CASABLANCA.

Objet: Fracture pied gauche.

Messieurs

Je déclare par 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 présentée à la clinique
de la CNSS pour Examen. Résultat fracture de la base
5ème métatarsien.

~~Abdel~~ Abdelhamid
Mle 3482



وصفة ORDONNANCE

le 31/03/2023

M. Adel Abdelhamid

Age : 71 ans

ATCDs : Diabétique
HTA et Cardiaque

Traumatisme pied gauche

Faire Svp

⇒ Rx pied gauche
(5 x 3/4)

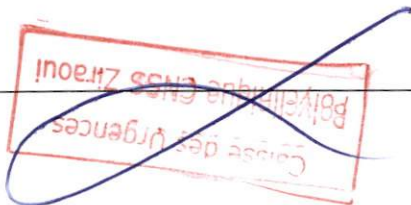


POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU
Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA
Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 766520	N° SEJOUR : 230013327	FACTURE N° 2302004568		DATE D'ENTREE : 31/03/2023		DATE DE SORTIE : 31/03/2023					
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : ADEL, Abdelhamid							
MALADE : ADEL, Abdelhamid											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
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 : 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	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU			
			BANQUE :		B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA			
			N° compte bancaire :		011 780 00 00 43 210 00 60050 54			

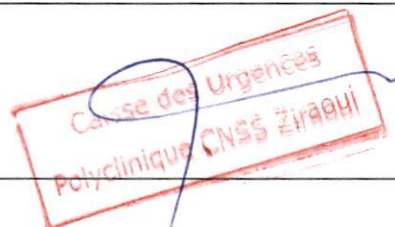


POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU
Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA
Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 766520	N° SEJOUR : 230013293	FACTURE N° 2305003900		DATE D'ENTREE : 31/03/2023		DATE DE SORTIE : 31/03/2023					
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S. : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : ADEL, Abdelhamid							
MALADE : ADEL, Abdelhamid											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
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 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	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU			
			BANQUE :		B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA			
			N° compte bancaire :		011 780 00 00 43 210 00 60050 54			



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^{ème} métatarsien.
- Minéralisation osseuse normale.
- Calcification au niveau de l'insertion du tendon d'Achille.

Dr R. TAHA





N° IPP :	766520	N° SEJOUR :	230013282	FACTURE N° 2303004019		DATE D'ENTREE : 31/03/2023		DATE DE SORTIE : 31/03/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE : ADEL, Abdelhamid							
MALADE : ADEL, Abdelhamid											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				UF: 5003 RADIOLOGIE							
REF. PC 1 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
				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											
Acte de Radiologie Médicale		Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M0200058 DR TAHA 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	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			



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT



NOM : ADEL Prénom : Abdelhamid

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

2) Renseignements cliniques sommaires :

fracture pl
pié

3) Traitement envisagé et actes :

Boite plb

K20

2) Durée prévisible du traitement :

A

LE

Signature

Dr. SADIK ABDELLAH
Chirurgien orthopédiste

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



N° IPP : 766520	N° SEJOUR : 230013332	FACTURE N° 2305003914		DATE D'ENTREE : 31/03/2023		DATE DE SORTIE : 31/03/2023					
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : ADEL, Abdelhamid							
MALADE : ADEL, Abdelhamid											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
AUTRES ACTES COTES EN K Acte de Spécialité Médicale		K	20.00	22.50	450.00					0.00	450.00
FOURNITURES MEDICALES					216.34					0.00	216.34

Intervenant : M0200018 DR SADEK ABDELLATIF	TOTAUX :	666.34						666.34
Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENT SOIXANTE SIX DHS ET TRENTE 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			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU			
			BANQUE :		B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA			
			N° compte bancaire :		011 780 00 00 43 210 00 60050 54			





وصفة ORDONNANCE



Dr. Adel Abdelhamid 23/03/2023

Orthèse de
Cheville gauche

YAMI NEGOCE SARL'AU
46 Rue Saad ben Abi Quakkas
Quartier Alsace Lorraine
CASA Tel/Fax 05 22 48 51 21

Dr. Kaoutar LAASSAL
MEDECIN GENERALISTE
POLYCLINIQUE ADDAMANI
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 NEGOCE SARL AU
46 Rue Saad ben Abi Ouakkas
Quartier Alsace Lorraine
CASA Tel/Fax 05 22 48 51 21

Code	Base	Taux	Montant
2	212,50	20%	42,50
Total	212,50		42,50

Port	Total HT	Escompte	Total TTC	Acompte	NET A PAYER
	212,50	0,00	255,00	0,00	255,00

Conditions de livraison :

Modalités de règlement :

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