

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- 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 : **5169** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **HAMARASS TAIBI**

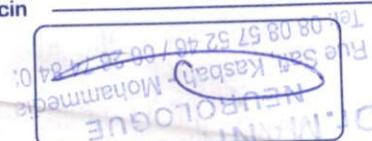
Date de naissance : **11/11/1956**

Adresse : **AL LAGOURA ITTISSAL II N° 010 CD
CHAS**

Tél. : **0603398661** Total des frais engagés : **2397.80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **24/09/2023**

Nom et prénom du malade : **HAMARASS TAIBI** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : **hypo tension** enfant

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04.09.23 | CS | 1 | 1000 | Signature |
| 18.09.23 | CS | 1 | 2000 | Signature |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE ADIBA Boulevard Reda Edira 05 22 37 39 36 | 18.09.23 | 16097.80 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 04.09.23 | echart | 1000 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

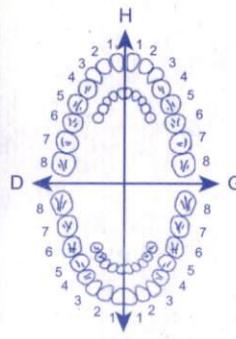
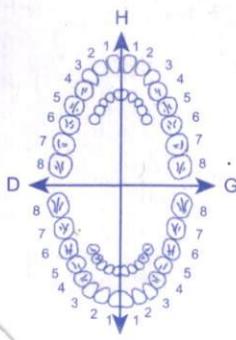
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------|-------------|-------------------------|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--------------------|
|  | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |

DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Dounia MANNI

Neurologue

- Electro Encéphalographie (EEG/vidéo-EEG)
- Electro Neuromyographie (ENMG)



الدكتورة دنيا مان尼

- أخصائية في أمراض الدماغ والمهادن العصبي

- التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكية)

- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Mohammedia 18 09 23 الحمدية

75 Tizi n'Tichka 1 km PA RASS

298.00 x 3

1 Montage



3/4 - 3/4 - 3/4 - 3/4

1 Montage



soit 7.50

99.00 x 6



3

PHARMACIE ADIBA
169 Bd. Rouda Gdira
Tél: 05 22 37 39 36

11.70

1 - 5 - 2

4

Av. Abdellatif



169.7.80

1/4 - 1/2 - 1/2

19 اقامة اسماعيل - شارع اسفي القصبة - أمام محطة القطار - الحمدية

19 Résidence Ismail Rue Safi, Kasbah, En face de la gare ONCF - Mohammedia

Tél: 08 08 57 52 46 - GSM: 06 26 74 84 02 - Email: mannineurologue@gmail.com

5 Naci cephol

1 app 15x 050

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V. : 41DH80

6 118000 010227

LOT 211202
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

OEDES 20mg
28 gélules

6 118001 100088

110,50

TRIVASTAL 50mg LP
30 Comprimés enrobés
à libération prolongée

6 118000 100287

TRIVASTAL 50mg LP
30 Comprimés enrobés
à libération prolongée

6 118000 100287

TRIVASTAL 50mg LP
30 Comprimés enrobés
à libération prolongée

6 118000 100287

TRIVASTAL 50mg LP
30 Comprimés enrobés
à libération prolongée

6 118000 100287

TRIVASTAL 50mg LP
30 Comprimés enrobés
à libération prolongée

6 118000 100287

TRIVASTAL 50mg LP
30 Comprimés enrobés
à libération prolongée

6 118000 100287

TRIVASTAL 50mg LP
30 Comprimés enrobés
à libération prolongée

6 118000 100287

Dr. Dounia MANNI

Neurologue

- Electro Encéphalographie (EEG/vidéo-EEG)
 - Electro Neuromyographie (ENMG)



الدكتورة دنيا مانى

- أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

- التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكية)

ـ التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Mohammedia

04-3923

الحمدة

72 HARIBA. 1981-Dr
Edo des poches (L4)
? tendre poche



~~MANNI Dounia
NEUROLOGUE
Rue Safi, Kasbah - Mohammedia
Tél: 08 08 57 52 46 / 05 26 74 84 02~~

19 اقامة اسماعيل - شارع اسفى القصبة - أمام محطة القطار - الحمدية

19 Résidence Ismail Rue Safi, Kasbah, En face de la gare ONCF - Mohammedia

Tél: 08 08 57 52 46 - GSM: 06 26 74 84 02 - Email: mannineurologue@gmail.com

Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner - Angioscanner - IRM



درب غلف
DERB GHALLEF

Casablanca le : 04/09/2023

Patient (e) : HAMRAS TAIBI

ECHOGRAPHIE DES EPAULES

Résultat :

- Les tendon sus épineux sont hétérogène en bilatérale , siège de plages hypoéchogènes avec mise en évidence de solutions de continuité partielles du versant profond (articulaire)
- Epanchement intra articulaire de faible à moyenne abondance
- Lame d'épanchement au niveau de la bourse sous acromio-deltoïdienne avec hyperhémie au doppler.
- Les tendon du long biceps sont place dans sa gouttière entouré d'épanchement
- Les tendons sous scapulaire, sous épineux et petit ronds sont de morphologie normale

CONCLUSION

- **Tendinopathie fissuraire des sus épineux en bilatérale sur tendinite sous jacente**

Dr. CHAOUKI Rabel
Medecin Radiologue
INPF : 0912217627

POLYCLINIQUE CNSS - 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



FACTURE N° 2303033826

DATE D'ENTREE : 04/09/2023 DATE DE SORTIE : 04/09/2023

| N° IPP : 1411959 | N° SEJOUR : 230086857 | UF: 5003 RADIOLOGIE | | | | DESTINATAIRE : HAMRAS,Taibi | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------|--------|----------------|--------------------------------|----------------|---------|----------------|---------|
| ASSURE : | | | | | | | | | | |
| MALADE : HAMRAS,Taibi | | N° IMMAT C.N.S.S : | | | | | | | | |
| NOM JEUNE FILLE : | | | | | | | | | | |
| 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 ECHOGRAPHIE | ECHOGR | 2.00 | 200.00 | 400.00 | | | | | 0.00 | 400.00 |

Intervenant : M0100018 DR CHAOACHI RABEB TOTAUX : 400.00 400.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENTS DHS

| | | | | | |
|--------------|--------|---------|--|----------|--|
| PLAFOND PC : | | | | ACOMPTE: | |
| REMISE : | 0.00 | REGLE : | | AVOIR : | |
| RESTE DU: | 400.00 | | | | |

DATE FACTURE : 04/09/2023 EDITEE LE : 04/09/2023 PAR: BILAL

VISA

| | | |
|--|--|---|
| | ACCIDENT DE TRAVAIL : | DATE AT : |
| | N° DE POLICE : | |
| | Règlement à effectuer à l'ordre de : BANQUE : N° compte bancaire : | POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA 011 780 0000 70 210 00 60 028 31 |