

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

- 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.

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

M23-0029961

179201

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10597 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAOURI ABDELJEJID

Date de naissance : 10.05.1953

Adresse : 48, RUE LA GARE LOTLAAMIRI

BERRECHID

Tél. : 0678519383

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

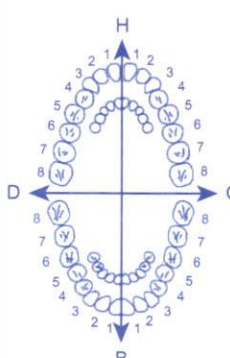
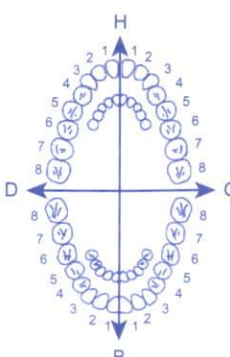
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;"> 25533412 00000000 </td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"> 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;"> D </td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"> G </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;"> 00000000 35533411 </td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"> 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> B </td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Zhour MCHICHI

Angiologue - Phlébologue
Consultations et
Explorations vasculaires
Traitement des varices
Sclérothérapie - Laser Vasculaire



الدكتورة زهور مشيشي

فحص وتشخيص
أمراض الشرايين والأوردة
علاج الدوالي
الليزر

Casablanca, le

Le 31/08/2023

Mme ASMAA SAOUDI

Chaussettes de compression Classe 2

* A prendre svp les mesures

193,

CIRCULIA GEL

A appliquer de bas vers le haut



20110 X2

DAFLON 1000

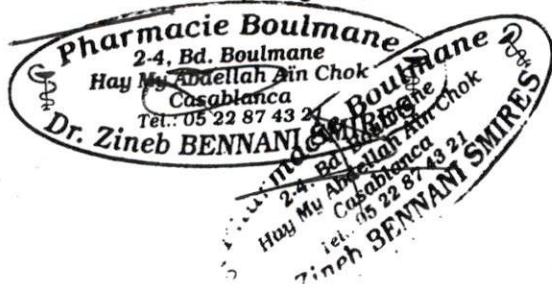
1 - 0 - 0 / jr après repas x 2 mois



RELAXIUM 375 MG

- 1 / jr après repas x 1 mois

T 595



www.phlebo-angio-varices.ma

3, شارع عدي الحراكي (كالفون سابقا) إقامة الكرم II, الطابق الأول رقم 10, حي المستشفيات - 20360 الدار البيضاء
3, Rue Adi Al Haraki (ex. Calavon) Résidence Al Karam II, 1^{er} étage N°10, Quartier des Hôpitaux - 20360 Casablanca

Tél.: 05 22 27 47 45 - الهاتف: Urgence : 06 41 99 94 82 : المستعجلات ✉ drmchichi@gmail.com

Dr Zhour MCHICHI

Angiologue - Phlébologue
Consultations et
Explorations vasculaires
Traitement des varices
Sclérothérapie - Laser Vasculaire



الدكتورة زهور مشيشي

فحص وتشخيص
أمراض الشرايين والأوردة
علاج الدوالي
الليزر

Casablanca, le

Le 31/08/2023

Mme ASMAA SAOUDI

☒ **ECHODOPLER VEINEUX DES MEMBRES INFÉRIEURS**

Varices et douleurs des membres inférieurs

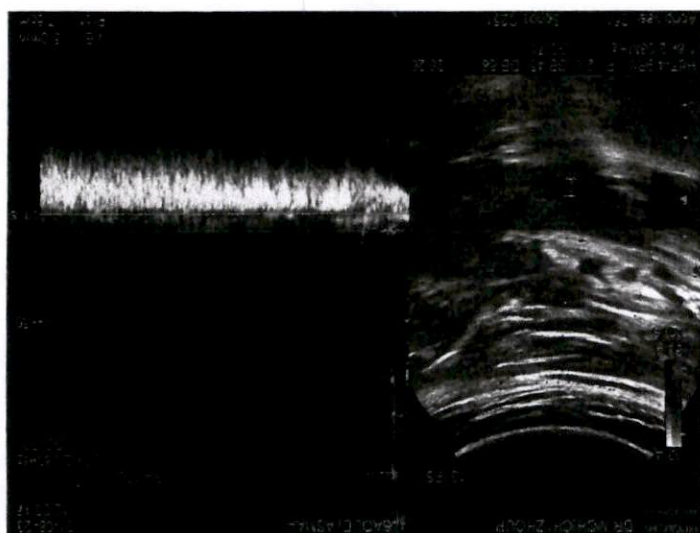
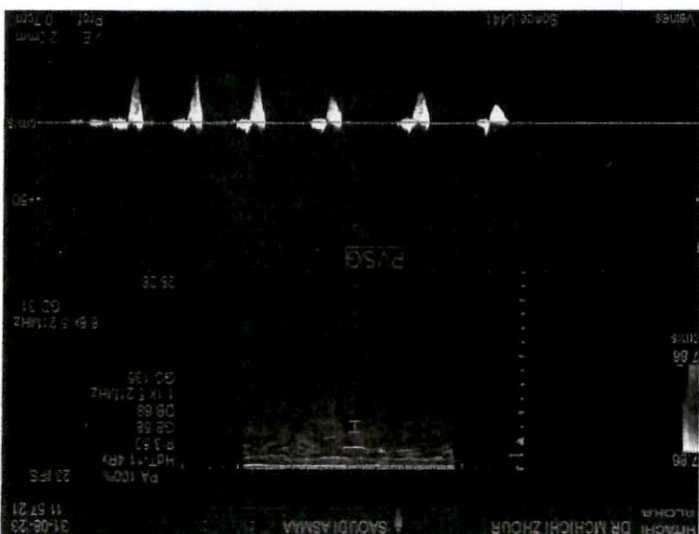
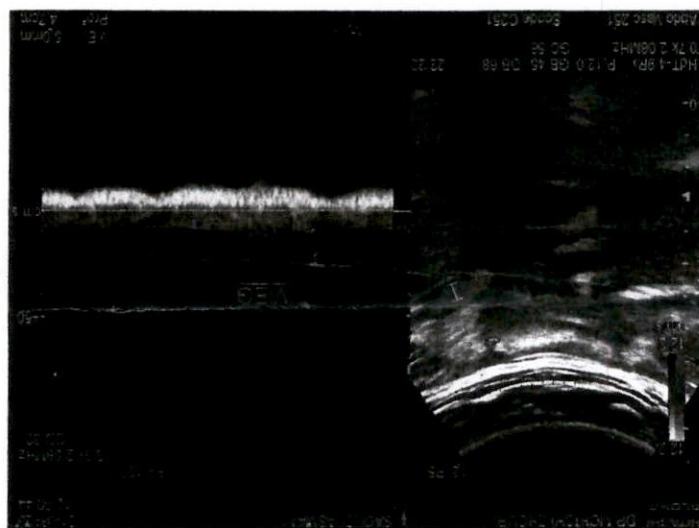
Dr. Zhour MCHICHI
Angiologue - Phlébologue
3, Rue Calavo, Rés. Al Karam II
Qt. des Hôpitaux - Casablanca
Tél.: 0522 27 47 45

www.phlebo-angio-varices.ma

3, شارع عدي الحراكي (كالفون سابقا) إقامة الكرم II, الطابق الأول رقم 10, حي المستشفيات - 20360 الدار البيضاء
3, Rue Adi Al Haraki (ex. Calavon) Résidence Al Karam II, 1^{er} étage N°10, Quartier des Hôpitaux - 20360 Casablanca

Tél.: 05 22 27 47 45 :الهاتف - Urgence : 06 41 99 94 82 :المستعجلات ✉ drmchichi@gmail.com

DR. ZHOUR MCHICH
 Angiologue - Phlébologue
 3, Rue Calixte, Rés. Al Karam II
 Ql. des Hôpitaux - Casablanca
 Tél.: 0522 27 47 45



Dr. Zhour MCHICHI,

Angiologue - Phlébologue
Consultations et
Explorations vasculaires
Traitement des varices
Sclérothérapie - Laser Vasculaire



الدكتورة زهور مشيشي

فحص وتشخيص
أمراض الشرايين والأوردة
علاج الدوالي
الليزر

Mme ASMAA SAOUDI

Casablanca, le 31 Aout 2023

ECHO-DOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFÉRIEURS

Motif de la demande : Varicosités et douleur des membres inférieurs

Réseau Veineux profond :

A DROITE COMME A GAUCHE

La veine fémorale commune et superficielle et poplitée sont libres, perméables, totalement dépressibles, souples, valvulés, avec des flux normalement modulés et de bonne amplitude, sans thrombus endoluminal récent, sans image séquellaire.

Les veines tibiales postérieures, fibulaires, tibiales antérieures et musculaires sont bien compressibles et se remplissent à la manœuvre de chasse

Réseau Veineux superficiel :

A DROITE :

TERRITOIRE DE LA GRANDE VEINE SAPHÈNE :

- Crossectomie et éveinage de la saphène

TERRITOIRE DE LA PETITE VEINE SAPHÈNE :

- PVS est continente, de 2,3 mm de diamètre

A GAUCHE :

TERRITOIRE DE LA GRANDE VEINE SAPHÈNE :

- Crossectomie et éveinage de la saphène

TERRITOIRE DE LA PETITE VEINE SAPHÈNE :

- La PVS est continente de petit calibre

Conclusion :

- Absence d'arguments en faveur d'une thrombose veineuse profonde récente évolutive.
- Les troncs saphéniens sont continents.
- Présence de varicosités des membres inférieurs.

www.phlebo-angio-varices.ma

3, شارع عدي الحراكي (كالفون سابقا) إقامة الكرم II، الطابق الأول رقم 10، حي المستشفيات - 20360 الدار البيضاء
3, Rue Adi Al Haraki (ex. Calavon) Résidence Al Karam II, 1^{er} étage N°10, Quartier des Hôpitaux - 20360 Casablanca
Tél.: 05 22 27 47 45 - الهاتف: 06 41 99 94 82 - Urgence: drmchichi@gmail.com

Dr. Zhour MCHICHI
Angiologue - Phlébologue
3, Rue Calavon, Rés. Al Karam II
Qt. des Hôpitaux - Casablanca
Tél.: 0522 27 47 45

Dr Zhour MCHICHI

Angiologue - Phlébologue

Consultations et

Explorations vasculaires

Traitement des varices

Sclérothérapie - Laser Vasculaire



الدكتورة زهور مشيشي

فحص وتشخيص

أمراض الشرايين والأوردة

علاج الدوالي

الليزر

Casablanca, le

13 1 / 01 / 2023

FACTURE N°244/23

ICE 001807680000033

NOM : Mme ASMAA SAOUDI

EXAMEN : ECHO DOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFERIEURS

PRIX : 1000 DH

TOTAL : 1000 DH



www.phlebo-angio-varices.ma

3, شارع عدي الحراكي (كالفون سابقا) إقامة الكرم II, الطابق الأول رقم 10, حي المستشفيات - 20360 الدار البيضاء
3, Rue Adi Al Haraki (ex. Calavon) Résidence Al Karam II, 1^{er} étage N°10, Quartier des Hôpitaux - 20360 Casablanca

Tél.: 05 22 27 47 45 :الهاتف - Urgence : 06 41 99 94 82 :المستعجلات ✉ drmchichi@gmail.com



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA
Le : 22/09/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 199385710

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 22/09/2023

من

au : 22/09/2023

إلى

Destinataire

المرسل إليه

SAOUDI ASMAA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفيدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
SAOUDI ASMAA											
136278446	22/08/2023	J304	Clinique Privée	1700,00	1000,00	1,00	1,00	1000,00	70,00	22/09/2023	700,00
136278446	22/08/2023	PH	PHARMACIES D	1513,60	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	22/09/2023	251,65
136278447	31/08/2023	R496	OFFICINES MEDECINE GENERALE	1000,00	600,00	1,00	1,00	600,00	70,00	22/09/2023	420,00
136278447	31/08/2023	CS	MEDECINE GENERALE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	22/09/2023	105,00
Total remboursé											1476,65
Total général remboursé											1476,65

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web

ou le portail des assurés

ou l'application mobile

ou appeler notre serveur vocal au numéro

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام