

# 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.

## adiologie 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.

## ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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

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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0016784

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 051K0 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

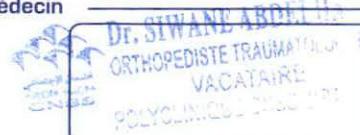
Nom & Prénom : ZAARI Mohamed Date de naissance : 02/08/1962

Adresse : 184 LOT AL MADARISSA SIDI M'HAROUF - casab

Tél. : 0628328370 Total des frais engagés : 350,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/03/2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : jam pro de la main droite (Après op)

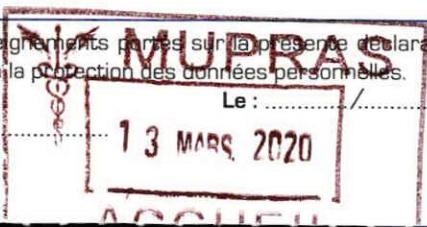
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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                          |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11/03/2020      | C 2               | 150,00                |                                 | Dr. SIVANE ABDELK<br>ORTHOPÉDIE TRAUMATOLOGUE<br>VACATAIRE<br>POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| Service Radiologique                                | 11/03/2020 | 150,00                       | 200,00                 |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

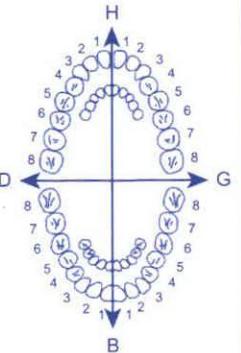
# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|                 |                |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DATE DU DEVIS           |
|                 |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

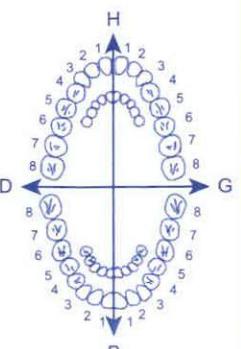


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| G | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# وصفة

## ORDONNANCE

مصحة  
POLYCLINIQUE



الزيراوي  
ZIRAOUI

OK

11/03/68  
le .....

N° 2001 N° 1

SERVICE DE POLYCLINIQUE  
CNSS ZIRAOUI

Echographie répa

inguinale

(Transfert  
à l'autre  
de robe)

Dr. SIWAN ABDELHAK  
ORTHOPÉDIE TRAUMATOLOGUE  
VASCULAIRE  
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

POLYCLINIQUE DE LA  
SECURITE SOCIALE  
CASABLANCA " ZIRAOUI  
Frais pris en charge

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 :                   | 707058         | N° SEJOUR :      | 200009879             | <b>FACTURE N° 2003002434</b> |                                  |                 |                | DATE D'ENTREE : | 11/03/2020     | DATE DE SORTIE : | 11/03/2020 |
|----------------------------|----------------|------------------|-----------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|------------------|------------|
| ASSURE :                   |                |                  |                       |                              |                                  |                 |                | DESTINATAIRE :  |                |                  |            |
| MALADE :                   | ZAARI, Mohamed |                  |                       |                              | UF:                              | 5003 RADIOLOGIE |                |                 |                |                  |            |
| NOM JEUNE FILLE :          |                |                  |                       |                              | N° IMMAT C.N.S.S :               |                 |                |                 |                |                  |            |
| TIERS PAYANT 1 :           |                |                  |                       |                              | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : |                 |                |                 |                |                  |            |
| TIERS PAYANT 2 :           |                |                  |                       |                              |                                  |                 |                |                 | TIERS PAYANT 2 | PART DU MALADE   |            |
| REF. PC 1 :                | REF. PC 2 :    |                  | N° SE. SOC. ETRANG. : |                              |                                  |                 | % / Dh         | MONTANT         | % / Dh         | MONTANT          |            |
| NATURE DE PRESTATION       | LETTRE<br>CLE  | NOMBRE<br>x COEF | PRIX<br>UNITAIRE      | TOTAL                        | TIERS PAYANT 1                   |                 | TIERS PAYANT 2 |                 | PART DU MALADE |                  |            |
|                            |                |                  |                       |                              | % / Dh                           | MONTANT         | % / Dh         | MONTANT         | % / Dh         | MONTANT          |            |
| <b>ACTES DE RADIOLOGIE</b> |                | ECHOGR           | 1.00                  | 200.00                       |                                  | 200.00          |                |                 |                | 0.00             | 200.00     |

|               |  |        |        |            |        |         |        |
|---------------|--|--------|--------|------------|--------|---------|--------|
| Intervenant : | 14116 DR ELHASNAOUI KHADIJA RADIOLOGUE | TOTAUX | 200.00 | PLAFOND PC | 200.00 | ACOMPTE | 200.00 |
|---------------|--|--------|--------|------------|--------|---------|--------|

|   |                |        |      |       |        |       |  |
|---|----------------|--------|------|-------|--------|-------|--|
| Arrêtée la présente facture à la somme de | DEUX CENTS DHS | REMISE | 0.00 | REGLE | 200.00 | AVOIR |  |
|---|----------------|--------|------|-------|--------|-------|--|

|           |      |  |  |  |  |  |  |
|-----------|------|--|--|--|--|--|--|
| RESTE DU: | 0.00 |  |  |  |  |  |  |
|-----------|------|--|--|--|--|--|--|

|               |            |               |            |      |       |                     |          |
|---------------|------------|---------------|------------|------|-------|---------------------|----------|
| DATE FACTURE: | 11/03/2020 | DATE EDITION: | 11/03/2020 | PAR: | SIBAU | ACCIDENT DE TRAVAIL | DATE AT: |
|---------------|------------|---------------|------------|------|-------|---------------------|----------|

|      |                  |                                      |  |  |                                  |  |  |
|------|------------------|--------------------------------------|--|--|----------------------------------|--|--|
| VISA | N° DE POLICE AT: | N° DE POLICE 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 |  |  |

13

ASSURE :

MALADE ZAARI,Mohamed

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF PC 1 : REF PC 2 :

NATURE DE PRESTATION

ACTES COTES EN C

CONSULTATION DE SPECIALISTE

UF 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S

N° D'ADHERENT OU DE Membre

N° SE. SOC. ETRANG

| LETTRE | NOMBRE | PRIX     | TOTAL  | TIERS PAYANT 1 | TIERS PAYANT 2 | PART DU MALADE |         |
|--------|--------|----------|--------|----------------|----------------|----------------|---------|
| CLE    | x COEF | UNITAIRE |        | % / Dh         | MONTANT        | % / Dh         | MONTANT |
|        |        |          | 150.00 |                |                |                | 150.00  |

Intervenant 14012011 DR SIWANE ABDELHAK ORTHOPEDISTE TRAUMATO TOTAUX 150.00 150.00

Arretée la présente facture à la somme de

CENT CINQUANTE DHS

PL FOND PC ACOMpte

RESTITU 0.00 RIGLE 150.00 AVOIR

RESTITU DU 0.00

DATE FACTURE 11/03/2020

EDITEE LE 11/03/2020 PAR LANSAR

ACCIDENT DE TRAVAIL

DATE AT.

VISA

N° DE POLICE

Relevement à effectuer à l'ordre de

BANQUE

N° Compte bancaire

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI

B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA

011 780 00 00 43 210 00 60050 54





الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

# IMAGERIE MEDICALE

مصحة  
POLYCLINIQUE



الزيراوي  
ZIRAOUI

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur - Panoramique Dentaire -  
Ostéodensitométrie - Scanner Multibarettes .

Casablanca, le 11/03/2020

NOM : Mr ZAARI Mohamed.

MÉDECIN DEMANDEUR : Dr A. SIWANE.

EXAMEN : Echographie de la région inguinale  
gauche.

- La masse constatée cliniquement au niveau de la région inguinale gauche correspond échographiquement à une formation ovalaire, assez bien limitée, et assez profonde, d'échostructure hétérogène avec centre anéchogène s'allumant au doppler couleur et à paroi épaisse à 21 mm hypoéchogène hétérogène. Elle mesure 61 x 55 x 67 mm. Cette lésion présente un contact intime en profondeur avec l'artère iliaque externe.

### Conclusion :

Masse circulante inguinale gauche ayant un contact intime avec l'artère iliaque externe évoquant un faux anévrysme patiemment thrombosé mesurant 61 x 55 x 67 mm.

Dr K. EL HASNAOUI