

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-440299
66431

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *JOL* Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *EL MAROUI Miloud*

Date de naissance : *01-01-48*

Adresse : *51, Rue HASSANE II El HANA
CHABAT*

Tél. : *06 66 24 36 03* Total des frais engagés : *750,00 Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Dr M. Al-Habib HADJAM
Chirurgien Thoracique
& Cardio-vasculaire
Polyclinique Zirrouqi/Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : *03 MARS 2021*

Nom et prénom du malade : *EL MAROUI Miloud* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *maladie chronique*

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 : *03/03/21* Le : *03/10/21*

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
03/03/21		02	150,00	INP : 091070609 Dr M. Al-Habib FADAM Chirurgien Thoracique & Cardio-Vasculaire Polyclinique Ibn Rochd / Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

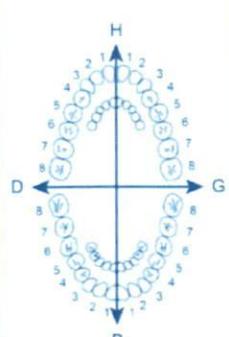
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/03/2021	de 600,-	six cents

AUXILIAIRES MEDICAUX

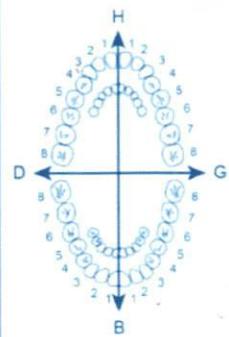
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE

le 03 MARS 2021

M. H. ZAROUI

M. Zaroui

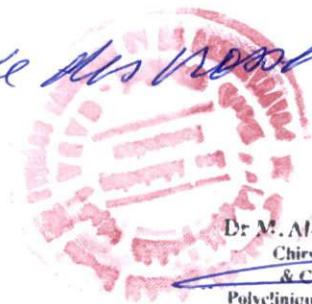
Examen demandé à l'Radiologie

Ortho - doigt la violence

des 2 membres inférieurs

disirant de diamètre et la

continuité des nerfs AV. S. P. S.



Dr M. Al-Habib ZIRAOUI
Chirurgien Thoracique
& Cardio-vasculaire
Polyclinique Ziraoui/Casablanca

POLYCLINIQUE C.N.S.S - 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

N° IPP :	1201143	N° SEJOUR :	210017338	FACTURE N° 2105009773				DATE D'ENTREE :	04/03/2021	DATE DE SORTIE :	04/03/2021
ASSURE :								DESTINATAIRE :	EL MAROURI,Miloud		
MALADE :	EL MAROURI,Miloud		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	
ACTES DE RADIOLOGIE	CX15	1.00	600.00	600.00					0.00	600.00	

Intervenant : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED				TOTAUX :	600.00						600.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
SIX CENTS DHS				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :		
				RESTE DU:	600.00						
DATE FACTURE : 04/03/2021 EDITEE LE : 04/03/2021 PAR: MOURAD				ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA				N° DE POLICE :				DATE AT :			
				Règlement à effectuer à l'ordre de :				POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
				BANQUE :				BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
				N° compte bancaire :				011 780 0000 70 210 00 60 028 31			



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 : 77297	N° SEJOUR : 210000056	FACTURE N° 2102000039				DATE D'ENTREE : 03/03/2021		DATE DE SORTIE : 03/03/2021		
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : EL MAROURI MILOUD		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				EL MAROURI MILOUD				
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
ACTES COTES EN C										
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 10569 DR HADDAM MOHAMED LHBIB CHIRURGIE	TOTAUX : 150.00								150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	F'LAFOND PC :							ACOMPTE:		
	REMISE : 0.00	REGLE : 150.00						AVOIR :		
	RESTE DU : 0.00									
DATE FACTURE : 03/03/2021	EDITEE LE : 03/03/2021	PAR: LANSAR	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							



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 04/03/2021

Patient (e) : EL MAROURI MILOUD

ECHODOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFÉRIEURS

Membre droit :

Crosse de la veine grande saphène droite est de calibre normal mesurant 6,1mm continent.

La veine grande saphène est éctasique au niveau de son trajet jambier mesurant 8,7mm alimentant un paquet variqueux à ce niveau.

La veine petite saphène est éctasique au niveau de sa crosse mesurant 7,1mm et le long de son trajet.

Membre gauche :

Ostium de la veine grande saphène gauche est de calibre normal continent.

La veine grande saphène est éctasique aussi au niveau de son trajet jambier de 8,4mm alimentant un paquet variqueux à ce niveau.

Absence d'anomalie ostiale et tronculaire à la veine petite saphène gauche.

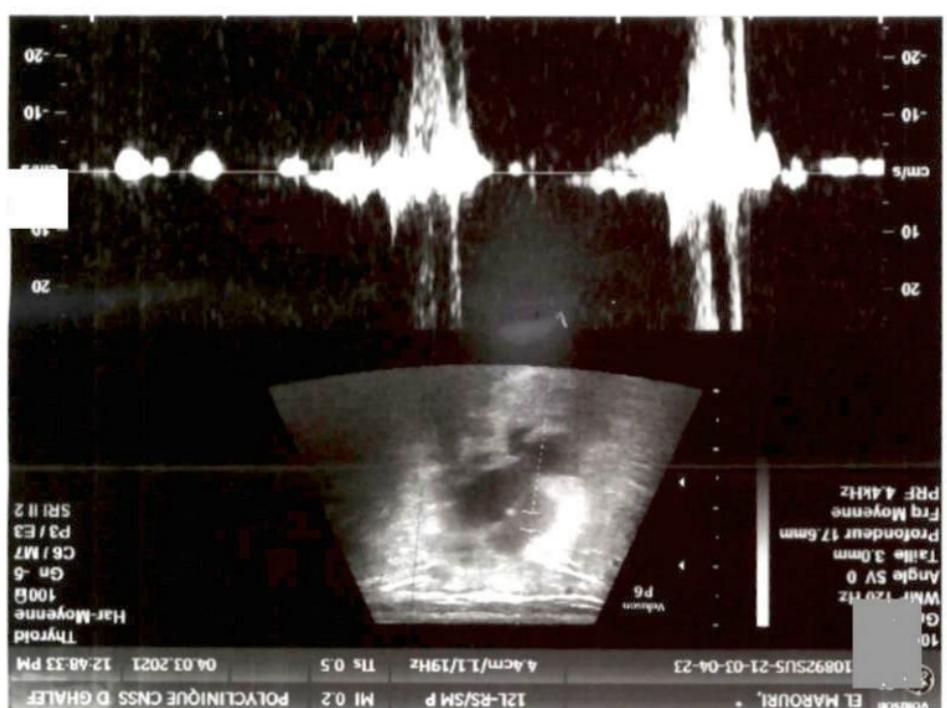
Absence d'anomalie du réseau veineux profond.

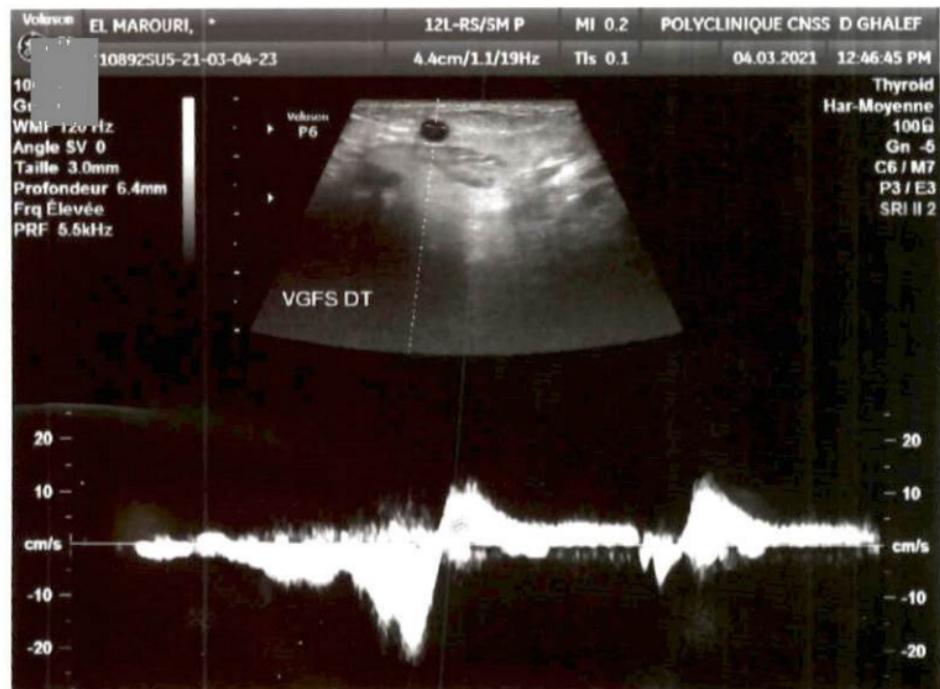
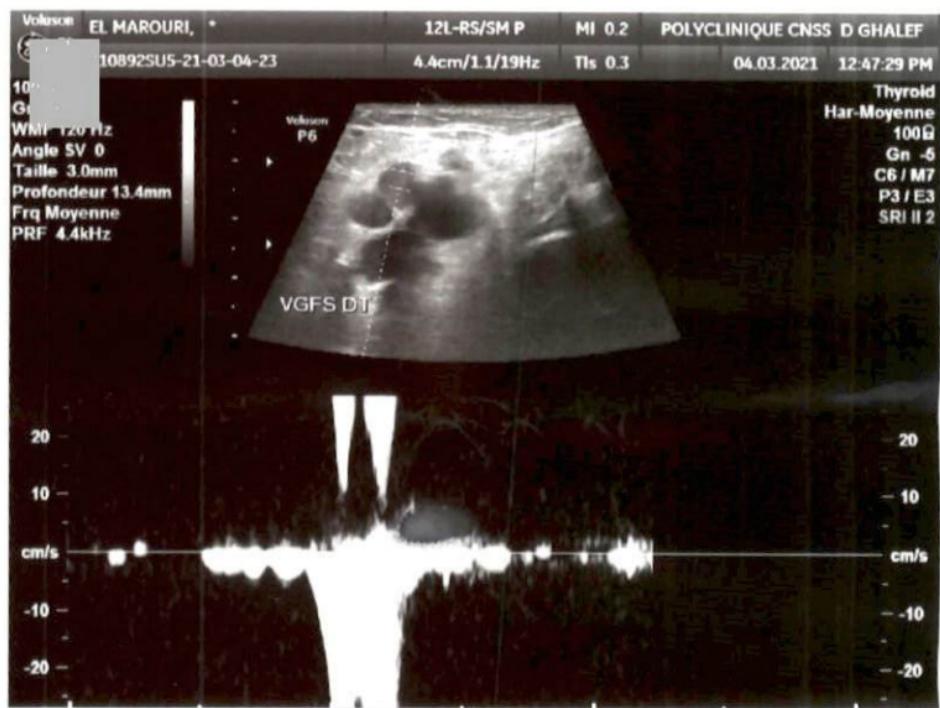
CONCLUSION

Reflux significatif tronculaire des deux veines grandes saphènes au niveau de leur trajet jambier.

Reflux significatif ostial et tronculaire de la veine petite saphène droite.

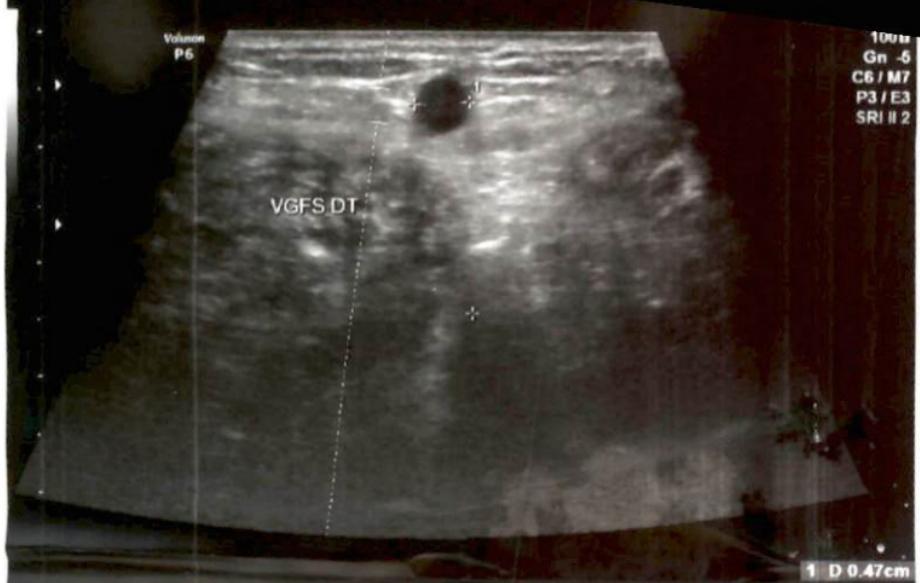
Dr MESTOUR
Polyclinique CNSS
Derb Ghallef
Radiologie
Membre Droit





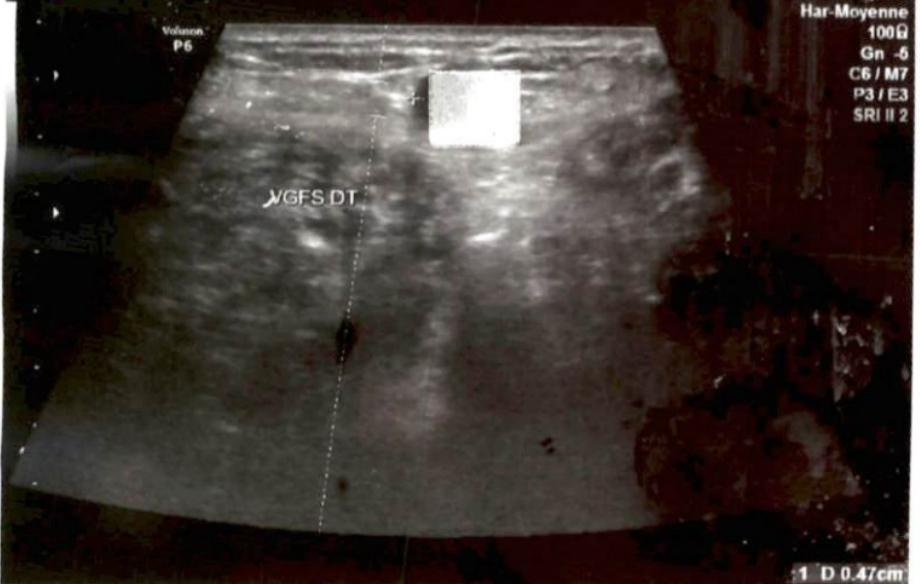
Voluson P6
310892SUS-21-03-04-23

100Ω
Gn -6
C6 / M7
P3 / E3
SRI II 2



Voluson P6 EL MAROURI, * 310892SUS-21-03-04-23 12L-RS/SM P 4.4cm/1.1/19Hz MI 1.3 Tts 0.2 04.03.2021 12:45:31 PM

Thyroid
Har-Moyenne
100Ω
Gn -6
C6 / M7
P3 / E3
SRI II 2



Voluson P6 EL MAROURI, * 310892SUS-21-03-04-23 12L-RS/SM P 4.4cm/1.1/19Hz MI 0.2 Tts 0.1 04.03.2021 12:45:15 PM

1 Vlt. 15.87cm/s
Har-moyenne
100Ω
Gn -6
C6 / M7
P3 / E3
SRI II 2

100Ω
Gn 9
WMF 120 Hz
Angle SV 0
Taille 3.0mm
Profondeur 6.4mm
Frq Elevée
PRF 5.6kHz

