

# 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.

## Biologie 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.

## 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.

## Prothèse :

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0014053

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 702 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL DAROURI Niloud  
Date de naissance : 21-01-48  
Adresse : 51, Rue HASSANE IV EL HANNA  
Tél. : CASA Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. I. MESSAOUDI  
Date de consultation : 15-02-22  
Nom et prénom du malade : EL DAROURI Niloud Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Rhumatisme  
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 : CASA

Le : 15-02-2022


Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
AS/04/22		9	1500	
17/02/22		Autres 6		

AS 04/22	150,00	
17/02/22	Controlo G	

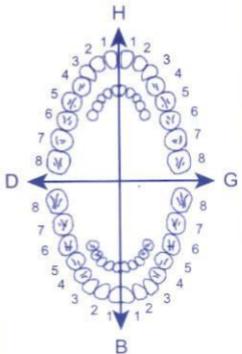
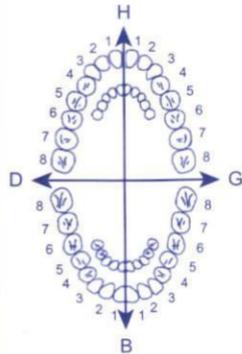
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/02/2022	206,80

62 RIVER ST. #200  
JACKSONVILLE, FL 32202  
TEL: 904.251.7538  
FAX: 904.251.2302

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/2/22	Edouard de l'école	500.00

LOGIE SOCRA  
PI - D. BENNAN  
Chimie Roucari: Rue  
Amr - Casablanca  
0522 37 77

[illegible]

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2"><b>H</b></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>B</b></td> </tr> </table>			<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	<b>H</b>																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	<b>D</b>	<b>G</b>																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	<b>B</b>																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>														
				Date du devis <input type="text"/>														
			Date de l'exécution <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

A diagram of a human skull in frontal view, focusing on the dental arches. The upper dental arch is labeled 'H' and the lower dental arch is labeled 'B'. A vertical line labeled 'D' represents the midline. Teeth are numbered 1 through 8 on both sides of the midline, starting from the center (incisors) and moving outwards (molars). The diagram shows the arrangement of teeth in the maxilla and mandible.

FIN  
D'EXECUTION

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة  
ORDONNANCE

le 15/09/22

Dr. ZIRAOU

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

LOT: 3848  
EXP: 11 2023



- Mydolesp

94.80

1cp x 2/5 pt 20

- Nodal Codeine gel

28.80

NO - DOL CODEINE  
CP B20

P.P.V : 28DH00



1gel x 2/5 pt 20

- Dexam 20cp

84.80

1cp

- Dexam 20cp

206.80

Polyclinique CNSS Ziraoui-Adresse BD.Ziraoui Bourgoigne - Casablanca

Tél. n° : 05 22 20 38 56/57/59/60 - Fax n° : 05 22 22 29 91

وصفة  
ORDONNANCE

le 15/02/22

ELMAROUFI Tiboud

Douleur de l'épaule Gauche  
évoluant depuis 6 semaines

⇒ Echographie de  
l'épaule Gauche



RADIOLOGIE SOUKAI  
Dr. BELCADI - Dr. BENNAN  
Angle Bd Brahim Roudani Rue  
Nassim Edine Res. Anfa 1 - Casablanca  
Tél 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05

# **RADIOLOGIE SOCRATE**

FACTURE N°00277 /22

CASA LE 16.02.22

**Nom & prénom : EL MAROURI MILOUD**

Examens	Prix
Echographie de l'épaule gauche	500.00
TOTAL :	<b>500.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Cinq cent dirhams.

**RADIOLOGIE SOCRATE**  
Angle Bd. Brahim Roudani Rue  
Nassih Eddine Rés. Anfa 1 - Casablanca  
Tel : 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA1  
Casa. ☎0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743  
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087



# الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاضي الغباسي  
**Dr. Mohammed BELCADI ABASSI**

الدكتور جمال بناني  
**Dr. Jamal BENNANI**

CASABLANCA LE : 16.02.2022

NOM : EL MAROURI  
PRENOM : Miloud  
MEDECIN TRAITANT : DR. MESSAOUDI I.

## Echographie de l'épaule gauche

- L'exploration echographique est réalisée de façon bilatérale et symétrique sur les deux épaules .
- Aspect épaissi avec présence d'une lame liquidienne de la gaine des deux longues portions du biceps .
- Aspect épaissi et hypoechogène du tendon du sus-épineux gauche .
- Absence d'épanchement intra-articulaire.
- Absence de calcification tendineuse .

### \*Au total :

- Aspect de tendinite non calcifiante et sans rupture tendineuse du sus-épineux gauche et des longues portions de biceps droit et gauche.

CONFRATERNELLEMENT

DR. J. BENNANI

**RADIOLOGIE SOCRATE**  
**Dr. BELCADI - Dr BENNANI**  
Angle Bd. Brahim Roudani Rue  
Nassih Eddine Rés. Anfa 1 - Casablanca  
Tél : 0522 25 73 13

# Ultrasound Report

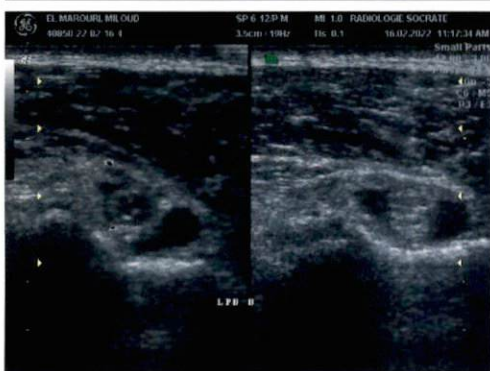
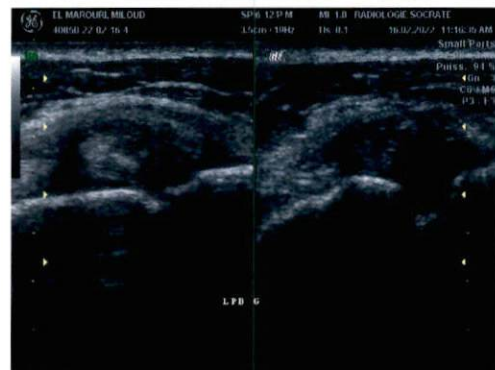
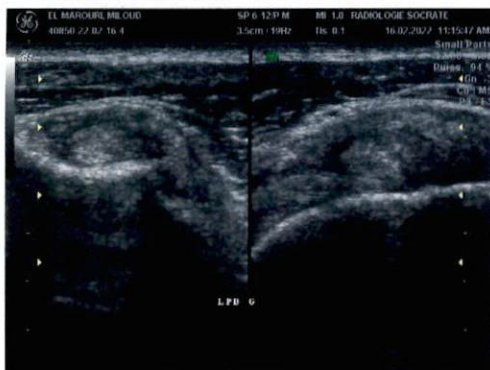
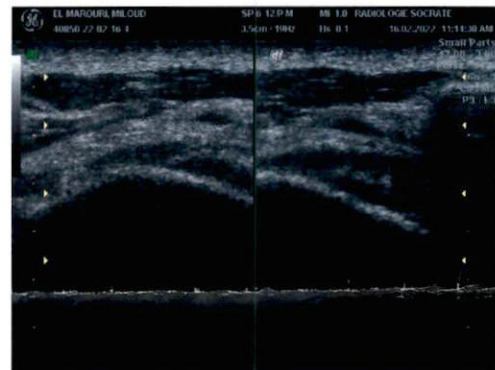
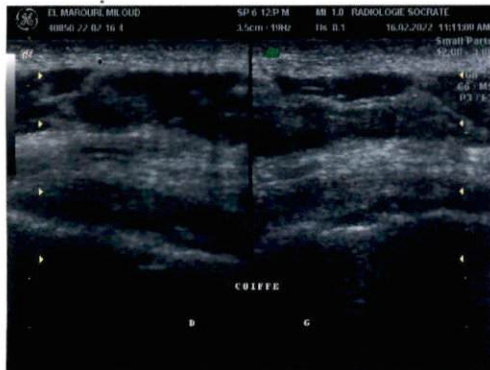
Page 1

## PATIENT

Name: EL MAROURI MILOUD  
ID: 40850-22-02-16-4  
Birth Date:  
Sex: O

## EXAM

Accession #:  
Exam Date: 16/02/2022  
Exam Type:  
Sonographer:



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 : 77297		N° SEJOUR : 220005156		<b>FACTURE N° 2202001450</b>		DATE D'ENTREE : 15/02/2022		DATE DE SORTIE : 15/02/2022			
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>EL MAROURI MILOUD</b>							
MALADE : EL MAROURI MILOUD											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES COTES EN C											
CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 151009 DR MESSAOUDI IMANE RHUMATOLOGIE				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 : 15/02/2022				EDITEE LE : 15/02/2022		PAR: SIBAI		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			

