

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.

Education :

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.

Prothésiste :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : F02 Société : No 5347

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EL MAROURI Niloaud

Date de naissance : 01-01-48

Adresse : 51, Rue HASSANE HY EL HAFNA

CASA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 15/09/22

Nom et prénom du malade : EL MAROURI Niloaud Age : 74

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Rhumatologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Renforcement

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

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 15/10/21 2022

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 |
|-----------------|-------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/02/22 | SERVICE DE CONSULTATION | 1500 | 150,00 | 150,00 |
| 17/02/22 | Autre(s) | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Mme JOURDY | 15/02/22 | 206,80 |

ANALYSES - RADIographies

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|---------|------------------------------|------------------------|
| RADIOLOGIE SOCIALE BFC 25 - Bâtiment Rovaïni - Rue des Beldi - Casablanca - Maroc | 16/2/22 | Examen de l'épile | 500,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

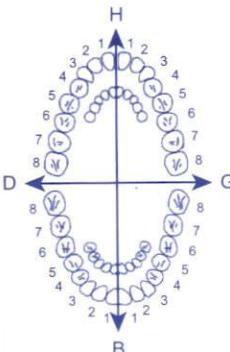
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|------------------|-------------|---|----------|----------|----------|--------------------------------|----------|--|----------|---------------------------|--|--------------------|--|---------------|--|---------------------|--|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">MONTANTS DES SOINS</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">DATE DU DEVIS</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">DATE DE L'EXECUTION</td> </tr> </table> | | | | H | 21433552 | 25533412 | 00000000 | MONTANTS DES SOINS | | DATE DU DEVIS | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | |
| H | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">COCoeffICIENT DES TRAVAUX</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">MONTANTS DES SOINS</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">DATE DU DEVIS</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">DATE DE L'EXECUTION</td> </tr> </table> | | | | H | G | 25533412 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | COCoeffICIENT DES TRAVAUX | | MONTANTS DES SOINS | | DATE DU DEVIS | | DATE DE L'EXECUTION | |
| H | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COCoeffICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">[Création, remont, adjonction]</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </table> | | | | D | G | B | | [Création, remont, adjonction] | | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

وصفة
ORDONNANCE

le 15/03/22

ZIRAOUI

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

LOT: 3848
EXP: 11 2023



- Mydofles 4

gels

14g x 315 g

- Nodol Codeine gel

28.00

NO-DOL CODEINE
CP B20

P.P.V : 28DH00

118000 061861

1gel x 915 g

84.80

- Dexamfetamine 20 mg

206.80

- S'uu repas

84.80

LOT 21000
PER 03/24
PPV 84DH80

Polyclinique CNSS Ziraoui-Adresse BD Ziraoui Bourgogne - Casablanca

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

وصفة
ORDONNANCE

le ١٥/٠٢/٢٢

ZIRAOUI Nabil

Douleur à l'épaule Gauche
évoluant depuis 6 mois

→ Echographie de
l'épaule Gauche



RADILOGIE ZIRAOUI
Dr. BELCADI - Dr BENNAN
Angle Bd Brahim Roudani Rue
Nassim Eddine 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 : | 500.00 |

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

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 بلقااضي العباسي
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 épais avec présence d'une lame liquide de la gaine des deux longues portions du biceps .
- Aspect épais et hypoéchogène 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 - Résidence Anfa 1 - Casablanca
Tél : 05 22 25 73 13 / 05 22 25 75 05 - Fax : 05 22 98 79 06 - E-mail : rxsocrate@gmail.com

Ultrasound Report

Page 1

PATIENT

Name: EL MAROURI MILOUD

ID: 40850-22-02-16-4

Birth Date:

Sex: ♂

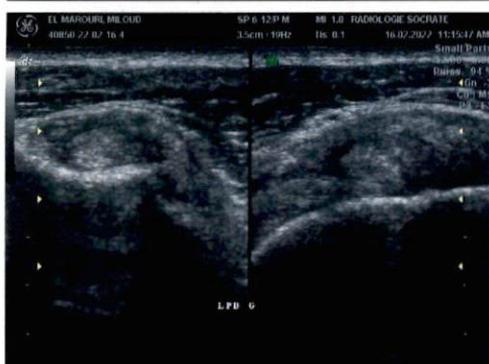
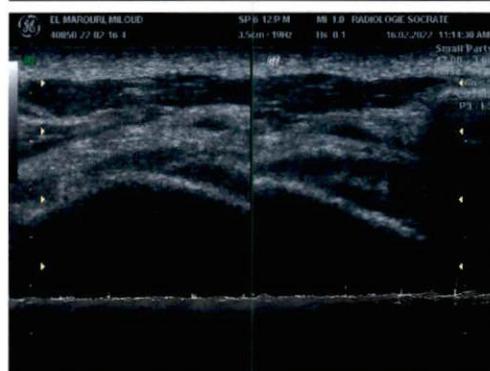
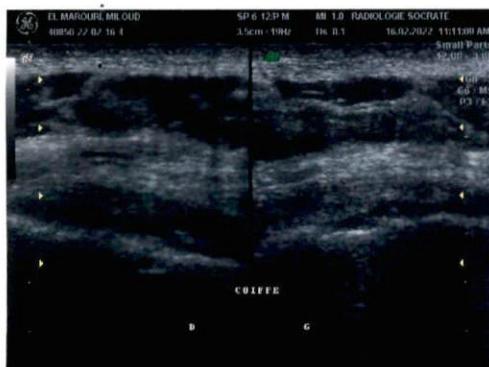
EXAM

Accession #:

Exam Date: 16/02/2022

Exam Type:

Sonographer:



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



0 9 0 0 0 1 5 5 3

N° IPP : 77297 N° SEJOUR : 220005156

FACTURE N° 2202001450

DATE D'ENTREE : 15/02/2022 DATE DE SORTIE : 15/02/2022

ASSURE :

MALADE : EL MAROURI MILOUD

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

EL MAROURI MILOUD

| 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 : 151009 DR MESSAOUDI IMANE RHUMATOLOGIE | TOTAUX : | 150.00 | | | | | | | 150.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | PIAFOND PC : | | | | | | | ACOMPTE: | |
| CENT CINQUANTE DHS | 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 - ZIRAOUI | | | | | |
| | | | BANQUE : | B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA | | | | | |
| | | | N° compte bancaire : | 011 780 00 00 43 210 00 60050 54 | | | | | |

