

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **ntaire :**

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



114938

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0014725**

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0165 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

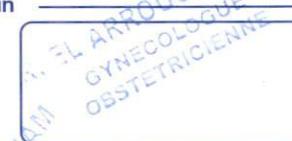
Nom & Prénom : DARKADJI Saïda Date de naissance : 20/04/66

Adresse : Haj Fath - S. N° 29 Ex-Sex

Tél. 0727 7730 98 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/01/2012

Nom et prénom du malade : Soukaina HAYDI

Age : 24 ans

Lien de parenté : ■ Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....  
*(Handwritten note: "Hypertension artérielle" is written across the line)*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....  
*(Handwritten note: "Chute" is written across the line)*

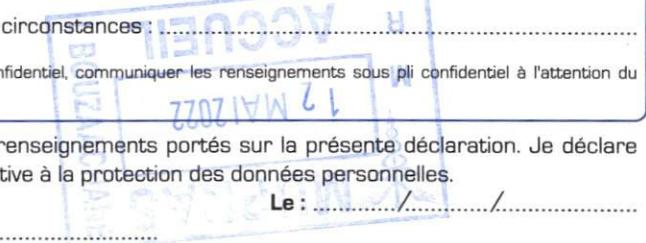
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) : .....  
*(Handwritten signature in blue ink)*



## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/04/2022      |                   |                       |                                 | DR. EL ARROUCH<br>GYNECOLOGUE<br>OBSTETRICIENNE                |

### 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       | Designation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|   | 08/04/2022 |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | Coefficient des travaux |
|                 |                |                  |             | Montants des soins      |
|                 |                |                  |             | Début d'exécution       |
|                 |                |                  |             | Fin d'exécution         |
|                 |                |                  |             | Coefficient des travaux |
|                 |                |                  |             | Montants des soins      |
|                 |                |                  |             | Date du devis           |
|                 |                |                  |             | Date de l'exécution     |

DENTAL TREATMENT CHART (O.D.F.)

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DENTAL TREATMENT CHART (O.D.F.)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# وصفة

## ORDONNANCE

le 08/04/2022

SouKarine

HAYDI

BHG

quantitatif



وصفة  
ORDONNANCE

OK

مصحة  
POLYCLINIQUE  
الزيراوي  
ZIRAOUI

le 08 /04/2012

Sou Kaina Haydi

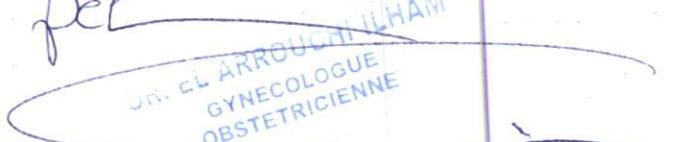
26 ans

Alegis pel → alg

À l'eson : sensibilité

latérale ut droit avec  
sensat de Musse latéral  
ut droit

fa SVP  
pel



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 :                  | 738825                           | N° SEJOUR :           | 220011110        | <b>FACTURE N° 2204000728</b> |                |         |                | DATE D'ENTREE : | 08/04/2022     | DATE DE SORTIE : | 08/04/2022 |  |  |
|---------------------------|----------------------------------|-----------------------|------------------|------------------------------|----------------|---------|----------------|-----------------|----------------|------------------|------------|--|--|
| ASSURE :                  |                                  |                       |                  |                              |                |         |                | DESTINATAIRE :  | HAIDY,Soukaina |                  |            |  |  |
| MALADE :                  | UF: 5004 LABORATOIRE             |                       |                  |                              |                |         |                |                 |                |                  |            |  |  |
| 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<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 BIOLOGIE</b>  |                                  |                       |                  |                              |                |         |                |                 |                |                  |            |  |  |
| Acte de Biologie Médicale | B                                | 250.00                | 1.10             | 275.00                       |                |         |                |                 | 0.00           |                  | 275.00     |  |  |

|   |                                      |            |                       |  |                                  |  |  |  |          |        |  |  |
|---|--------------------------------------|------------|-----------------------|--|----------------------------------|--|--|--|----------|--------|--|--|
| Intervenant : 106999 EQUIPE LABO DE BIOLOGISTES LABORATOIRE D ANALYSE DE TOTAUX : | 275.00                               |            |                       |  |                                  |  |  |  |          | 275.00 |  |  |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :                                       | PLAFOND PC :                         |            |                       |  |                                  |  |  |  | ACOMPTE: |        |  |  |
| DEUX CENT SOIXANTE QUINZE DHS   |                                      |            |                       |  |                                  |  |  |  |          |        |  |  |
|   | REMISE : 0.00 REGLE : 275.00         |            |                       |  |                                  |  |  |  | AVOIR :  |        |  |  |
|   | RESTE DU: 0.00                       |            |                       |  |                                  |  |  |  |          |        |  |  |
| DATE FACTURE : 08/04/2022   | EDITEE LE : 08/04/2022               | 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 |  |  |  |          |        |  |  |



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 :                 | 738825      | N° SEJOUR :           | 220011124 | FACTURE N°                       | 2203002926                     | DATE D'ENTREE : | 08/04/2022 | DATE DE SORTIE : | 08/04/2022 |  |
| ASSURE :                 |             |                       |           |                                  |                                |                 |            |                  |            |  |
| MALADE : HAIDY, Soukaina |             |                       |           | UF: 5003 RADIOLOGIE              | DESTINATAIRE : HAIDY, Soukaina |                 |            |                  |            |  |
| 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       | LETTER<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> |               |                  |                  |        |                |         |                |         |                |         |
| ECHOGRAPHIE                |               | ECHOGR           | 1.00             | 200.00 |                | 200.00  |                |         | 0.00           | 200.00  |

|  |          |        |  |  |  |  |        |
|--|----------|--------|--|--|--|--|--------|
| Intervenant : 10494 DR EL GHISSASSI NEZHA RADIOLOGIE | TOTAUX : | 200.00 |  |  |  |  | 200.00 |
|--|----------|--------|--|--|--|--|--------|

|   |              |      |         |        |  |          |  |
|---|--------------|------|---------|--------|--|----------|--|
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>DEUX CENTS DHS | PLAFOND PC : |      |         |        |  | ACOMPTE: |  |
|   | REMISE :     | 0.00 | REGLE : | 200.00 |  | AVOIR :  |  |
|   | RESTE DU:    | 0.00 |         |        |  |          |  |

|                           |                        |            |                       |  |  |  |  |
|---------------------------|------------------------|------------|-----------------------|--|--|--|--|
| DATE FACTURE : 08/04/2022 | EDITEE LE : 08/04/2022 | PAR: R8174 | ACCIDENT DE TRAVAIL : |  |  |  |  |
|---------------------------|------------------------|------------|-----------------------|--|--|--|--|

|      |  |                                      |                                  |           |                                  |
|------|--|--------------------------------------|----------------------------------|-----------|----------------------------------|
| VISA | Caisse des Urgences<br>Polyclinique CNSS Ziraoui | 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 |           |                                  |

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

Casablanca, le 8/04/2022

Nom et Prenom : **HAIDY SOUKAINA**  
 Ref : **11110**  
 Service : **EXTERNE**

## B HCG PLASMATIQUE

Titre = **2,39** UI/l

Valeurs normales

|                      |              |
|----------------------|--------------|
| Hommes               | < 0,5 – 2,67 |
| Femmes non enceintes | < 0,5 – 2,90 |

Grossesse normale

| Age gestationnel approximatif<br>( semaines ) | Intervalle de B HCG approximatif<br>( UI/l ) |
|---|--|
| 0,2 – 1                                       | 5 - 50                                       |
| 1 – 2   | 50 - 500                                     |
| 2 – 3   | 100 - 5000                                   |
| 3 – 4   | 500 – 10 000                                 |
| 4 – 5   | 1000 – 50 000                                |
| 5 – 6   | 10 000 – 100 000                             |
| 6-8   | 15 000- 200 000                              |
| 8 – 12  | 10 000 - 100 000                             |
| 2 <sup>ème</sup> trimestre                    | 10 000 - 50 000                              |
| 3 <sup>ème</sup> trimestre                    | 1 000 - 10 000                               |



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

Casablanca, le 08/04/2022

**NOM :** Mme HAIDY Soukaina.

**MEDECIN DEMANDEUR :** Dr I. EL ARROUCHI.

**EXAMEN :** Echographie pelvienne.

- Utérus de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
- Ligne de vacuité utérine fine, médiane.
- *Ovaire gauche modérément augmenté de taille* (42 mm de grand axe), sièges de petits follicules périphériques.
- *Ovaire droit* d'aspect normal.
- Vessie de bonne capacité sans anomalie endoluminale ou pariétale.
- Absence d'épanchement pelvien.

**Conclusion :**

*Ovaire gauche modérément augmenté de taille*, siège de petits follicules périphériques : *À contrôler (+++)*.

**Dr N. EL GHISSASSI**

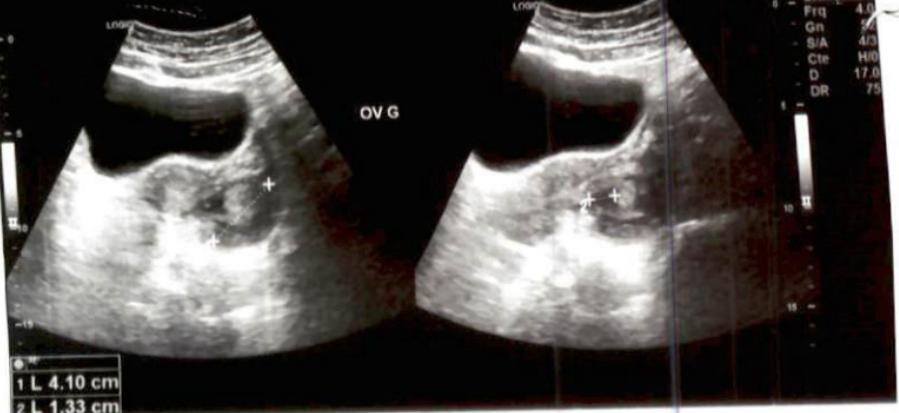


POLY CNSS ZIRAOUI HAYDI, SOUKAINA  
08/04/22 15:21:00 ADM 080422-143804

M 1.2 Tls 0.5 4C  
Abdomen

FR 28  
AO% 100

- CHI 4.0  
- Frq 52  
- Gn 4/3  
- S/A 4/3  
- Cte H0  
- D 17.0  
- DR 75

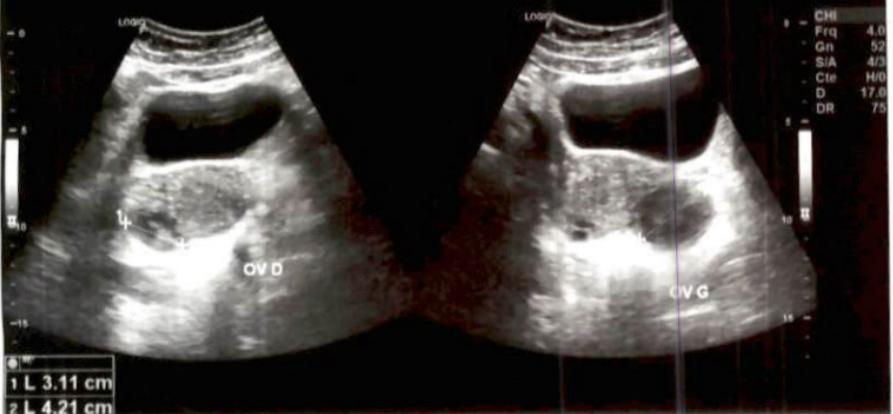


POLY CNSS ZIRAOUI HAYDI, SOUKAINA  
08/04/22 15:19:49 ADM 080422-143804

M 1.2 Tls 0.5 4C  
Abdomen

FR 28  
AO% 100

- CHI 4.0  
- Frq 52  
- Gn 4/3  
- S/A 4/3  
- Cte H0  
- D 17.0  
- DR 75



POLY CNSS ZIRAOUI HAYDI, SOUKAINA  
08/04/22 15:18:45 ADM 080422-143804

M 1.2 Tls 0.5 4C  
Abdomen

FR 28  
AO% 100

- CHI 4.0  
- Frq 52  
- Gn 4/3  
- S/A 4/3  
- Cte H0  
- D 17.0  
- DR 75

