

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.

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° W21-723205

186086

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	11248	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MARZOUKI Chafiq
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0643 14 6800	Total des frais engagés :	280,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	13/08/2022
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	Conjoint
Nature de la maladie :	Enfant
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
Signature de l'adhérent(e) :
Le : 15/08/2022

Stamps visible on the form include: MUPRAS, MARZOUKI, RAM, CLINIQUE MAXIMA, and others.

Casablanca, le 12/07/2022

Mme MARZouki. CHAKIFA

n° symphonie
Anis et son père



Anis Dr MAHER.



الضمان الاجتماعي
CNSS
Hôpital Sidi Bernoussi

SERVICE DES URGENCES

BON DE RADIOLOGIE

NOM PRENOM :

DATE : 12/07/2028

M. MARZOUKI,
CHARIFA.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	EXAMEN(S) DEMANDE(S)
Choler pelvienne	Echographie pelvienne

CACHET DU MEDECIN
Dr. JUSSER JABROU
Medecin Generaliste
Polyvalente
CNSS Sidi Bernoussi



N° IPP : 601762	N° SEJOUR : 220027613	FACTURE N° 2204010036				DATE D'ENTREE : 12/07/2022 DATE DE SORTIE : 12/07/2022				
ASSURE :										DESTINATAIRE :
MALADE : MARZOUKI,Charifa		UF: 5003 RADIOLOGIE				MARZOUKI,Charifa				
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	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 99945 DR. EL AMRAOUI FATIMA (RADIOLOGUE)	TOTAUX :	200.00							200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
DEUX CENTS DHS		REMISE : 0.00		REGLE :				AVOIR :	
		RESTE DU: 200.00							
DATE FACTURE : 12/07/2022	EDITEE LE : 12/07/2022	PAR : MOUJAH	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE : DATE AT :						
		Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI							
		BANQUE : BMCE - BERNOUSSI							
		N° compte bancaire : 01178000049210006006888							

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

HAY EL-QODS

20600 CASABLANCA

Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72

INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 601762 N° SEJOUR : 220027660

FACTURE N° 2205006091

DATE D'ENTREE : 12/07/2022 DATE DE SORTIE : 12/07/2022

ASSURE :

MALADE : MARZOUKI,Charifa

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

MARZOUKI,Charifa

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
CONSULTATION DE MEDECIN	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
CONSULTATION DE GENERALISTE										

Intervenant : 10655 DR JARBOUI INTISSAR, GENERALISTE TOTAUX : 80.00 80.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE-VINGT DHS

PLAFOND PC : ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE : AVOIR :

RESTE DU: 80.00

DATE FACTURE : 12/07/2022 EDITEE LE : 12/07/2022 PAR: MOUJAHID

ACCIDENT DE TRAVAIL : DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

BANQUE : BMCE - BERNOUSSI

N° compte bancaire : 01178000049210006006888



RADIOLOGUE : DR :

Nom : MARZOUKI

MEDECIN DEMANDEUR :

Prénom : CHARIFA

DR :

DATE : 12/07/2022

EXAMEN ECHOGRAPHIQUE : PELVIAN

RESULTAT

- Utérus de taille normale, d'échostructure homogène , et de contours réguliers ,
- La ligne de vacuité est visible et d'épaisseur normale.
- Les ovaires sont de taille et echostructure normale.
- La vessie est de contenu liquidiens et de paroi fine .
- Absence de masse pelvienne décelable.
- Absence d'épanchement dans le cul de sac de douglas.

TOTAL

- Absence de masse pelvienne visible ./.

Dr. EL AMRAOUI FATIMA
Médecin Radiologue
Polyclinique CNSS
Sidi Bernoussi

SENTIMENTS CONFRATERNELS

SonoScape

SonoScape Clinic

12/07/2022 19:19:32

3C-A/Abdominal

MI 0.4 TIS 0.2 20220712_180604



SonoScape

SonoScape Clinic

12/07/2022 19:19:08

3C-A/Abdominal

MI 0.4 TIS 0.2 20220712_180604

