

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4582 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GHAOUI ABDELLAL

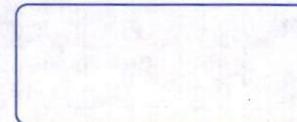
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066919339 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23- 0003148**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début du traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soi 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

- 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4582		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : GRAOUI Abdelilah			
Date de naissance : 10/12/1958			
Adresse : 109, Rue Abdellah RATAI Maârif Casa			
Tél. : 066212329 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2011	Cadre réservé au Médecin		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Dr. Asmaa EDDAHAR Service des Urgences Polyclinique CNSS INPE : 091188208 </div>		
Date de consultation :	04/02/2023		
Nom et prénom du malade :	GRAOUI Abdelilah		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : 04/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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	
	04/02/23	100%	1000	
	04/02/23	50%	500	

VIOLET ADHESIVE



وصفة

ORDONNANCE

le 04/02/2023

M^E GRAOUI Abd elilah

Echo Ab = hydro cholecystite

signe de paracréatite



TDM Abdominale



Dr. A. DAHAR
Service des Urgences
Polyclinique CNSS
INPE: 091188268

Dr. A. EDDAHAR
Service des Urgences
Polyclinique CNSS
INPE: 091188268



وصفة ORDONNANCE

le 04 / 02 / 2023

M^E GRAOUI Abdelilah

Douleur abdominale , dr

épigastrique , vomissements

!!



Echographie Abdominale





N° IPP : 762357

N° SEJOUR : 230005635

FACTURE N° 2305001596

DATE D'ENTREE : 04/02/2023

DATE DE SORTIE : 04/02/2023

ASSURE :

MALADE : GRAOUI,Abdelilah

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

N° SE. SOC. ETRANG. :

NATURE DE PRESTATION

LETTER CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
				% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
	CN	1.00	120.00		120.00			0.00	120.00

ACTES COTES EN C

CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)

TOTAUX : 120.00

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE : 120.00

AVOIR:

RESTE DU : 0.00

DATE FACTURE : 04/02/2023

EDITEE LE : 04/02/2023 PAR: R8174

DATE AT :

VISA

Caisse des Urgences
Polyclinique CNSS Ziraoui

ACCIDENT DE TRAVAIL :

N° DE POLICE :

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



0 9 0 0 0 1 5 5 3

N° IPP : 762357

N° SEJOUR : 230005630

FACTURE N° 2303001952

DATE D'ENTREE : 04/02/2023

DATE DE SORTIE : 04/02/2023

ASSURE :

MALADE : GRAOUI,Abdelilah

UF: 5003 RADIOLOGIE

DESTINATAIRE :

NOM JEUNE FILLE :

GRAOUI,Abdelilah

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										
TDM (y compris le produit de contraste	TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00

Intervenant : 51213 DR BENBRAHIM ABDELILAH RADIOLOGUE

TOTALS :

1000.00

1000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE : 1000.00

AVOIR :

RESTE DU: 0.00

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

N° DE POLICE :

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

DATE FACTURE : 04/02/2023

EDITEE LE : 04/02/2023 PAR: ZAHID

VISA

Caisse des Urgences
Polyclinique CNSS Ziraoui





N° IPP :	762357	N° SEJOUR :	230005623	FACTURE N°	2303001946	DATE D'ENTREE :	04/02/2023	DATE DE SORTIE :	04/02/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE :								
MALADE : GRAOUI,Abdelilah				N° IMMAT C.N.S.S :				GRAOUI,Abdelilah				
NOM JEUNE FILLE :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 1 :				N° SE. SOC. ETRANG. :								
TIERS PAYANT 2 :												
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	NATURE DE PRESTATION	LETTER CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh	MONTANT	TIERS PAYANT 2 % / Dh	MONTANT	PART DU MALADE % / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE				ECHOGR	1.00	200.00	200.00				0.00	200.00

Intervenant : 51213 DR BENBRAHIM ABDELILAH RADIOLOGUE				TONAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS				PLAFOND PC :							ACOMPTE:
				REMISE :	0.00	REGLE :	200.00				AVOIR:
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 04/02/2023				EDITEE LE : 04/02/2023 PAR: ZAHID				<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>			
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			

Caisse des Urgences
Polyclinique CNSS Ziraoui



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur
Echographie Cardiaque - Scanner Multibarettes

COMPTE RENDU

Mr GRAOUI ABDELILAH

Casablanca Le 04/02/2023

TDM ABDOMINALE

TECHNIQUE

Examen réalisé en coupes axiales sans injection du produit de contraste.

RESULTAT

Le pancréas est globuleux surtout au niveau de la tête . Infiltration de la graisse mésentérique au niveau céphalique.

Absence de coulée pancréatique et d'épaississement des fascias péri-rénaux.
Vésicule biliaire a paroi épaisse.

Foie homogène de volume normal, de contours réguliers et de densité homogène
Absence de dilatation des voies biliaires intra ou extra hépatiques.

Les deux riens sont d'aspect fonctionnel et morphologie normal.

La rate est de taille normale et homogène.

Répartition normale des structures digestives.

Absence de masse surrénalienne individualisable.

Vessie de bonne capacité normale.

Absence d'épanchement et d'adénopathie profonde.

CONCLUSION

Pancréatite céphalique stade A.

Vésicule multi lithiasique (Echo Abdominale)

Dr A.BENBRAHIM



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur
Echographie Cardiaque - Scanner Multibarettes

COMPTE RENDU

Mr GRAOUI ABDELILAH

Casablanca Le 04/02/2023

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Vésicule biliaire : est distendue et le siège de plusieurs calculs de taille infra-centimétrique. Présence d'un discret épaississement pariétale
Absence de dilatation des VBIH et VBEH.

Pancréas globuleux.

Le tronc porte de calibre normal et perméable.

Foie homogène de volume normal de contours réguliers.

Les deux reins, et la rate sont normaux.

Absence d'ascite ou d'adénopathie profonde.

CONCLUSION

Aspect en vésicule biliaire multi micro lithiasique. Hydro cholécystite.

Pancréas globuleux Pancréatite ? A confronter au bilan

TDM abdominale complémentaire est souhaitable

Dr A.BENBRAHIM

