

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.

M22- 0040353

165746

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	7516	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		EL HOUINEI Hassan	
Date de naissance :		01	18 62
Adresse :		64 Rue Provins Etg 7 App 13 Bab Rihane Casablanca	
Tél. :		0612 64 84 64	Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/06/2023

Nom et prénom du malade : ASMAA EL HOUINEI 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 : Casablanca Le : 16/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

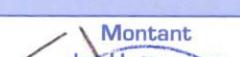
Adresses Mails utiles

- 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.

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
16/06/2023	KF	100% ambulatoire	129,66	Dr Mehdji EL ASRI TRAÏKI Médecin Vacataire Polyclinique - Cnss Ziraoui

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur:	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZENAB Mme SEOQAT Zenab 19, Rue de Lille Casablanca Tél 05 22 44 37 87 Fax 05 22 44 37 88	16/06/23	173,22
de INPE Suivante 2023/06/19		PHARMACIE ZENAB Mme SEOQAT Zenab 19, Rue de Lille Casablanca Tél 05 22 44 37 87 Fax 05 22 44 37 88

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des honoraires
16/06/13		Ech	

وصفة

ORDONNANCE

10/11/2023
CO-TRIM® FORT

20 comprimés

EXP 12/2026
LOT 28065 23

Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique
19, Rue de Lille Casablanca
Tél : 05 22 44 37 87
Fax : 05 22 44 37 88

LOT : 1676
PER : 01 - 25
P.P.V : 58 DH 30

LOT : 3635
PER : 10 - 24
P.P.V : 24 DH 50

SEECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30
P.P.V : 52DH40

6 118000 011460

Dr Mehdi ELASRI TRAIK
Médecin Vacataire
Polyclinique - Cnss Ziraoui



مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

ZIRAOUI

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

Echoucini ASMAA

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

16/06/2023

Renseignements clinique

Age : 20 ans
Présente une douleur abdominale grave intolérable
avec oppression de vomissements et diarrhées aigües.

Examen demandé

Echo graphie



Le médecin traitant



Z =

PC =

K =

Caisse des Urgences
Polyclinique CNSS Ziraoui

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

Biffer les mentions intuiles

Total clichés =

Total posés =

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

AB/AA Ziraoui

1) Date de la constatation de l'état de malade :

2) Renseignements cliniques sommaires :

CBA

3) Traitement envisagé et actes :

Kr + AFI 3

- IPI

- cloxazolam

- SPT



2) Durée prévisible du traitement :

A

LE

16/06/2023

Signature

M. M'hamed EL ASRI TRAIKI
Médecin Vacataire
Polyclinique - Cnss Ziraoui



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

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

COMPTE RENDU

Casablanca Le : 16/06/2023

Nom du patient : Mme El Houcini Asma

EXAMEN : Echographie abdominale.

- Foie homogène de volume normal de contours réguliers homogène.
- VB alithiasique à paroi fine.
- Voie biliaire principale et tronc porte de calibre normal.
- La rate et le pancréas sont normaux.
- Reins de taille et de morphologie normales sans dilatation des cavités excrétrices.
- Absence de masse abdominale profonde ni d'épanchement intraperitoneal individualisable.

Conclusion :

Echographie abdominale sans particularité.

Dr R. TAHA





N° IPP : 772697 N° SEJOUR : 230024342

FACTURE N° 2305007371

DATE D'ENTREE : 16/06/2023 DATE DE SORTIE : 16/06/2023

ASSURE :

MALADE : EL HOUCINI, Asmaa

UF: 5002 URGENCES

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. :

DESTINATAIRE :

EL HOUCINI, Asmaa

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
AUTRES ACTES COTES EN K									0.00	112.50
Acte de Spécialité Médicale	K	5.00	22.50	112.50						
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX									0.00	22.50
Acte pratiqué par L'Infirmier(e)	AMI	3.00	7.50	22.50						
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				38.31					0.00	38.31
FOURNITURES MEDICALES				6.35					0.00	6.35

Intervenant : M0200038 DR ELASRI TRAIKI MEHDI	TOTAUX :	179.66							179.66
---	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
---	--------------	--	--	--	--	--	--	----------	--

CENT SOIXANTE DIX-NEUF DHS ET SOIXANTE SIX CENTIMES

REMISE : 0.00	REGLE : 179.66						AVOIR :	
---------------	----------------	--	--	--	--	--	---------	--

RESTE DU: 0.00									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE FACTURE : 16/06/2023	EDITEE LE : 16/06/2023	PAR: R8280	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE :						DATE AT :
			Réglément 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 assurances
Polyclinique CNSS Ziraoui



N° IPP : 772697	N° SEJOUR : 230024339	FACTURE N° 2303007457				DATE D'ENTREE : 16/06/2023		DATE DE SORTIE : 16/06/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : EL HOUCINI,Asmaa		UF: 5003 RADIOLOGIE				EL HOUCINI,Asmaa				
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 : M0200058 DR TAHA RADOUAN (RADIOLOGUE)				TOTAUX :	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 : 16/06/2023 EDITEE LE : 16/06/2023 PAR: R9035				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 Ziroui
Caisse des Urgences
Polyclinique C.N.S.S Ziroui

