

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-805821

20/06/2024

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 882 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 08/05/2024

Nom et prénom du malade : Senhaji Elmadouati Hafida

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dyspnée chronique respiratoire

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
08/05/24			807,00	INP : 081250869 DR. L. ZIRAHU MEDECIN GENERAL POLYCLINIQUE ADDA-ME ZIRAHU

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

7/5/24 236,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

08/05/24 226 260,00
08/05/24 B) 430p 600,00
P. ZIRAHU

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FACTURE N° : F240522487/P

N° classement : PAYANT - 19324



090001553

DATE FACTURE : 08-05-2024

Identification patient

N° IPP : 2400068382

Nom et prénom : SENHAJI-ELGAOUTATI HAFIDA

N° d'admission : S240506920

Information

Date d'entrée : **08/05/2024 11:13**

Organisme 1 : **PAYANT (Payant)**

Service d'entrée : **URGENCES**

Date de sortie : **08/05/2024 13:12**

N° immatriculation 2 :

Medecin Traitant : **Dr. LAASSAL KAOTAR**

Service de sortie : **URGENCES**

Nature de Prestation	Intervenant	Lettre Clé	Quantité	PU	Taux Pec	Prix Total
ACTES COTES EN C : CONSULTATION DE GENERALISTE	10674	C	1	80,00	0,00	80.00
TOTAL						80,00 Dhs

Nature de Prestation	Tiers payant 1		Tiers payant 2		Part du patient	
	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH
C	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00	100,00
TOTAL	0,00 Dhs	-	0,00 Dhs	-	80,00 Dhs	-

Montant dû :	80,00
Avances :	0,00
Montant Régulé :	80,00
Reste du :	0,00
Avoir :	0,00

TOTAL FACTURE : 80,00 Dhs

Arrêtée la présente facture de la part patient
à la somme de :

quatre vingt Dirhams

80,00 Dhs

EDITEE LE : 8 mai 2024 à 13:13

PAR : SERRAJ SOUKAINA



الضمان الاجتماعي
C N S S

POLYCLINIQUE C.N.S.S -
ZIRAOU

BD ZIRAOU, ANG RUE
GENERAL HENRYS RUE ABOU
AI ABBAS, CASABLANCA 20250
05 22 20 38 56, 05 22 22 05 90,05
22 29 88 54

ORDONNANCE MEDICALE

IPP: 2400068382



N° dossier: Urgences_3094/2024

Nom et prénom du patient: SENHAJI-ELGAOUTATI HAFIDA

Date naissance: 01/01/1958 (66 ans)

Service: URGENCES

25.20

CARDIOASPIRINE 100 mg comprimé gastro-résistant voie orale

1 cp, voie orale *10.20* 1 fois par Jour(s) pendant 15 Jour(s)

ERLUS 5 MG 5 mg comprimé pellicule voie orale

1 CP, voie orale 1 fois par Jour(s) pendant 7 Jour(s)

FITORAX SIROP *29.8*

1 Cuill 3 fois par Jour(s) pendant 10 Jour(s)

NEOCLAV 1 G/125 MG 1 / 125 g / _mg poudre pour suspension buvable

1 sachet *10.40* 2 fois par Jour(s) pendant 5 Jour(s) Après le repas

Éditée le: 08/05/2024 13:07

Signature et cachet du médecin
Dr. LAASSAL KAOTAF

236/2

PHARMACIE DU PHARE
ICE : 000830976000039
16, Avenue du Phare - CASABLANCA
Tél : 0522 26 68 19 - Fax : 0522 48 22

PHARMACIE DU PHARE
ICE : 000830976000039
16, Avenue du Phare - CASABLANCA
Tél : 0522 26 68 19 - Fax : 0522 48 22

DR. LAASSAL KAOTAF
POLYCLINIQUE ADDAMAN



مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU, BD ZIRAOU, ANG RUE GENERAL
HENRYS RUE ABOU AI ABBAS, CASABLANCA 20250 Tél : 05 22 20 38
56, 05 22 22 05 90,05 22 29 88 54 Fax :



8 052578 479515

Lot : 230796
A consommer avant le : 09/2026

PPC : 79,90 DH

كارديو أسبرين 100 مغ
حمض أسيتيل ساليسليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.à.



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



Erlus 5 mg
7 Comprimés Pelliculés

Composition :
Desloratadine 5 mg
Excipients : q.s.p un comprimé
Excipient à saveur : Echantillon
Mises en garde spéciales :
Lire attentivement la notice avant utilisation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
AMM N° 613DNP21NRQ

LOT 180720 PER 06/21
PPV 20.20 DH

Erlus 5 mg
Desloratadine

Erlus 5 mg
Desloratadine
7 Comprimés Pelliculés

7 Comprimés Pelliculés

Voie Orale



NEOCLAV[®]

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg

Rapport amoxicilline-acide clavulanique : 8/1

*Poudre pour suspension buvable
en sachet*

16

Sachets

Voie orale



PHARMED
LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE

LOT : 7341

PER : 09-25

PRV 115000

P.P.V : 108DH40

55x45x85

FACTURE N° :F240322452/P

N° classement : PAYANT - 19292



090001553

DATE FACTURE : 08-05-2024

Identification patient

N° IPP : 2400068382

Nom et prénom : SENHAJI-ELGAOUTATI HAFIDA

N° d'admission : S240306865

Information

Date d'entrée : 08/05/2024 11:43

Organisme 1 : PAYANT (Payant)

Service d'entrée : RADIOLOGIE

Date de sortie : 08/05/2024 12:05

N° immatriculation 2 :

Medecin Traitant : Dr. MESTOUR MOHAMED

Service de sortie : RADIOLOGIE

Nature de Prestation	Intervenant	Lettre Clé	Quantité	PU	Taux Pec	Prix Total
ACTES DE RADIOLOGIE : ACTES DE RADIOLOGIE	-	Z	16	160,00	0,00	160.00
TOTAL						160,00 Dhs

Nature de Prestation	Tiers payant 1		Tiers payant 2		Part du patient	
	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH
ACTES DE RADIOLOGIE	0,00	0,00	0,00	0,00	160,00	100,00
TOTAL	0,00 Dhs	-	0,00 Dhs	-	160,00 Dhs	-

Montant dû : 160,00

Avances : 0,00

Montant Réglé : 160,00

Reste du : 0,00

Avoir : 0,00

TOTAL FACTURE : 160,00 Dhs

Arrêtée la présente facture de la part patient
à la somme de :

cent soixante Dirhams

160,00 Dhs

EDITEE LE : 8 mai 2024 à 12:06

PAR : LACHKAR SANAA

IPP: 2400068382

Nom & Prénom du patient : **SENHAJI-ELGAOUTATI-HAFIDA**

Date de naissance : 01/01/1958 Genre : **Féminin**

Organisme : **PAYANT**

Service : **URGENCES**

Lieu d'exécution : **Radiologie interne**

N° Ordonnance : **H/2_188624/24-Radiologie interne**

Date d'ordonnance : **08/05/2024**

Code IPP :



Code ORDO:



ORDONNANCE MEDICALE

Actes :

RADIOLOGIE STANDARD THORAX FACE

Date souhaitée de l'examen : **08/05/2024 12:00**

Observation :

Patient âgé de 66ans ATCDS= RAS Admise pour syndrome grippal depuis 5jours évolution a été marquée par l'apparition de dyspnée EXAMEN =Patiente consciente stable sur le plan HD et respiratoire SpO2= 94% AL

Signature et cachet du médecin
Dr. LAASSAL KAOTAR

Caisse des Urgences
Polyclinique CNSS Ziraoui

SERVICE RADIOLOGIE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI



Casablanca, le 08/05/2024

Nom du Patient : Mme SENHAJI EL GAOUTATI HAFIDA

RX. POU MON FACE :

Transparence parenchymateuse normale.
Absence de foyer parenchymateux de type évolutif notable.
Silhouette cardio médiastinale normale.
Culs de sac pleuraux libres.

CONCLUSION :

Radiographie pulmonaire est sans particularité.

Dr M.MESTOUR

SERVICE RADIOLOGUE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAUI

**Docteur ZIZI Abdelhafid**

Diplôme de la Faculté Paris V
Spécialiste en Bactério - Viologie
Biochimie - Hématologie - Immunologie
Parasito - Mycologie

Date du prélèvement : 08-05-2024 à 15:55**Code patient** : 2311270212**Né(e) le** : 30-04-1958 (66 ans)**Mme SENHAJI- ELGAOUATI Hafida**

Dossier N° : 2405080199

Prescripteur : Dr LAASAL KAOTAR

HEMATOLOGIE**HEMOGRAMME**

Hématies	4.74	M/mm ³	(4.00-5.50)
Hémoglobine	14.70	g/100ml	(12.00-16.00)
Hématocrite	42.10	%	(35.00-47.00)
VGM	88.82	μ ³	(83.00-95.00)
TCMH	31.01	pg	(27.00-33.00)
CCMH	34.92	g/100ml	(32.00-36.00)

Leucocytes 7 630 /mm³ (4 000-10 000)

Polynucléaires Neutrophiles	5 494 /mm ³ soit	72 %	(50-75)
Polynucléaires Eosinophiles	76 /mm ³ soit	1 %	(1-3)
Polynucléaires Basophiles	0 /mm ³ soit	0 %	(0-1)
Lymphocytes	1 679 /mm ³ soit	22 %	(20-36)
Monocytes	382 /mm ³ soit	5 %	(3-7)

Total 100 %

Plaquettes 243 000 /mm³ (150 000-400 000)

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MÉDICALES
Avenue du Phare Résidence KENZ
N°5 Racine Extension Bourgogne
Tél: 0522 36 87 49/54 - Casablanca



Docteur ZIZI Abdelhafid

Diplôme de la Faculté Paris V

Spécialiste en Bactério - Viologie

Biochimie - Hematologie - Immunologie

Parasito - Mycologie

2405080199 - Mme SENHAJI- ELGAOUATI Hafida

HEMOSTASE

D-Dimères

100.00 ng/mL

(<500.00)

BIOCHIMIE SANGUINE (Hitachi 911)

Protéine C-réactive (CRP)

3.5 mg/L

(<6.0)

Validé par : Dr. ABDELHAFID ZIZI

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MÉDICALES
Avenue du Phare Résidence KENZ
N°5 Racine Extension Bourgogne
Tél: 0522 36 87 49/54 - Casablanca

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES

5, Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ

Racine extension Bourgogne -Casablanca.

Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754

N° de patiente : 33104766

ICE : 00168 1325 000031

INPE : 093001295



IF : 41404766

FACTURE N° : 240500046CASABLANCA le 08-05-2024
Mme SENHAJI- ELGAOUATI Hafida

Prescripteur : LAASAL

Analyses effectuées le 08-05-2024

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
	D-Dimères	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
0370	CRP	B100	B

Total des B : 430

TOTAL DOSSIER : 600.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cents dirham s.

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MEDICALES
Avenue du Phare Résidence KENZ
N°5 Racine Extension Bourgogne
Tel: 0522 36 87 49 / 36 87 54



POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI
BD ZIRAOUI, ANG RUE GENERAL HENRYS RUE
ABOU AI ABBAS, CASABLANCA 20250
05 22 20 38 56, 05 22 22 05 90, 05 22 29 88 54

IPP: 2400068382

Nom & Prénom du patient : **SENHAJI-ELGAOUTATI-HAFIDA**

Date de naissance : 01/01/1958 Genre : **Féminin**

Organisme : **PAYANT**

Service : **URGENCES**

Lieu d'exécution : **Laboratoire INTERNE**

N° Ordonnance : **H/2_188630/24-INTERNE**

Date d'ordonnance : **08/05/2024**

Code IPP :



Code ORDO:



ORDONNANCE MEDICALE

Actes :

NFS - Numération formule sanguine + plaquettes

Protéine C réactive - CRP

D-DMERES (Produits de dégradation de la fibrine)

Date souhaitée de l'examen : **08/05/2024 12:00**

Signature et cachet du médecin
Dr. LAASSAL KAOTAR

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MEDICALES
Avenue du Phar Résidence KENZ
N°5, Racine Extension Bourgogne
Tél: 05 22 36 87 48/54 - Casablanca

DR. LAASSAL KAOTAR
MEDECIN GENERALISTE
POLYCLINIQUE ADDAMAN