

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.

N° W19-509193

ND: 3705 CA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8921

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAHRACH Laila

Date de naissance :

01/09/1966

Adresse :

2724

Tél. :

Total des frais engagés

275,50 - 237,77 + 187,95 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : Casablanca

Le : 16/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :



| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>PHARMACIE POLYCLINIQUE DR. TIR Abdelaziz Route Mly Thami Hay H Tél: 0522 902 161</i> | <i>16-3-2020</i> | <i>127.95</i> |

| ANALYSES - RADIOPHARIES | | | |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | 16/03/2020 | B2.2 | 275,00 |

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

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|---|--|--|------------------|---|
| 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | |
| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| ODF PROTHÉSES DENTAIRES | | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | |
| | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | |
| | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | |
| | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | |

وصفة
ORDONNANCE

le 16/3/2020

N° ٦٤

LAZRAOUI

Laila

87,00

LOT: 200111
DLUD: 03/2023
87,00 DH

DR. BELKADI ABDELHAK
MEDECIN GENERALISTE
POLYCLINIQUE
CNSS ZIRAOUI

CNSS

1 gel 15



29,95

②

Oxantin

LOT 19143 PER: 10/2022
PPU: 21,00 DH

21,00

②

Lisoz +

N 12706



OXANTIN Cpr Bte 30
PPC: 79,95 DH
Ut av : Oct/ 2022 Lot : 190664
MEDIPIRO PHARMA

Oxantin®
À base d'acides naturels

Dr. GHALIM ABDELHAK
Médecin Généraliste
Vacataire
Polyclinique CNSS ZIRAOUI

187,95

وصفة
ORDONNANCE

le 16/3/2020

ن° ٩٧ لـ LADIRACH Laïla

Tropine


Dr. GHALIM ABDELHAK
Medecin généraliste
Vétérinaire
Polyclinique CNSS ZIRAOUI

DR. BELKADI ABDELALI
MEDECIN GENERALISTE
POLYCLINIQUE
CNSS ZIRAOUI


POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI
SERVICE LABORATOIRE

CASABLANCA , le

16 Novembre 2001

NOM ET PRENOM LAHRAACH LAILA

REF/

SERVICE EX†

TROPONINE I

TITRE = 0,00 µg/l

Valeurs normales < 0,06 µg/l



Pli à joindre à la D.E.P

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur:

DR BERTRAND ADDA
MÉDECIN GÉNÉRAL
CHAMPS ELYSÉES PARIS



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

Nom : ZIRAOUI Prénom : Abdellah

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

16/3/2022

2) Renseignements cliniques sommaires :

Pneumonie

3) Traitement envisagé et actes :

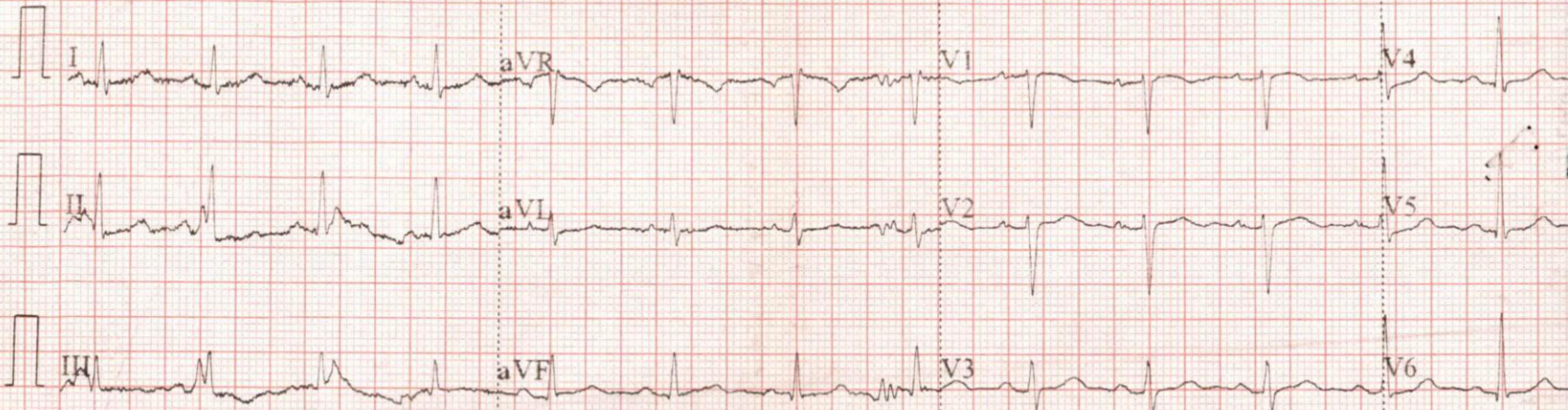
ETC.
+ Tropism
R.I.

2) Durée prévisible du traitement :

A : 16/3/2022

DR. BELKADI ABDELLAH
MEDECIN GENERALISTE
POLYCLINIQUE
ZIRAOUI
CNSS
Signature
Validataire
Polyclinique ZIRAOUI
CNSS ZIRAOUI

ID: 464 17-03-2020 06:43:24



0.67~100Hz 25mm/s 10mm/mV ♡90 SE-300 V1.0 SEMIP V1.7

ID: 464

Information Analyse:

Rythme de sinus

*** ECG Normal ***

35 Année
cm

mmHg

kg

LAMRACH Larla

TA 131+

Dest 1,15

FC : 90 bpm

P : 104 ms

PR : 161 ms

QRS : 77 ms

QT/QTe : 348/427 ms

P/QRS/T : 27/58/39 °

RV5/SV1 : 1.108/0.715 mV Rapport confirmé par:

CLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI

Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA

522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91

Tél : 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



| PP : | 700059 | N° SEJOUR : | 200020782 | FACTURE N° 2004000059 | | | | DATE D'ENTREE : | 16/03/2020 | DATE DE SORTIE : | 16/03/2020 | |
|---|---------------|----------------------------------|------------------|------------------------------|----------------|----------------------------------|----------------|-----------------|----------------|------------------|------------|--|
| SURE : | | | | | | | | DESTINATAIRE : | | | | |
| LADE : | LAHRACH,Laila | UF: | 5004 LABORATOIRE | | | | | LAHRACH,Laila | | | | |
| OM JEUNE FILLE : | | N° IMMAT C.N.S.S. : | | | | | | | | | | |
| ERS PAYANT 1 : | | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : | | | | | | | | | | |
| ERS 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 BIOLOGIE | | | | | | | | | | | | |
| 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 : DEUX CENT SOIXANTE QUINZE DHS | | | | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE: | | |
| | | | | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 275.00 | | AVOIR : | | |
| | | | | | RESTE DU: | 0.00 | | | | | | |
| DATE FACTURE : | 29/03/2020 | EDITEE LE : | 11/08/2020 | 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 | | | | | | |

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI
 Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA
 T: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
 PE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



| ° IPP : | 700059 | N° SEJOUR : | 200020783 | FACTURE N° 2005000415 | | | | DATE D'ENTREE : | 16/03/2020 | DATE DE SORTIE : | 16/03/2020 |
|---|---------------|------------------|-----------------------|------------------------------|----------------------------------|---------------|----------------|-----------------|----------------|------------------|------------|
| ASSURE : | | | | | | | | DESTINATAIRE : | | | |
| MALADE : | LAHRACH,Laila | | | | UF: | 5002 URGENCES | LAHRACH,Laila | | | | |
| 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 | |
| AUTRES ACTES COTES EN K | | | | | | | | | | | |
| Acte de Spécialité Médicale | K | 10.00 | 22.50 | 225.00 | | | | | 0.00 | 225.00 | |
| PRODUITS PHARMACEUTIQUES | | | | 7.87 | | | | | 0.00 | 7.87 | |
| FOURNITURES MEDICALES | | | | 4.90 | | | | | 0.00 | 4.90 | |
| Intervenant : 13072009 GHALIM ABDELHAK GENERALISTE Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT TRENTÉ SEPT DHS ET SOIXANTE DIX-SEPT CENTIMES | | | | | | | | | | | |
| DR. BELKAÏD ABDELAÏ MEDICAL POLyclinique CNSS ZIRAOUI | | | | | | | | | | | |
| DATE FACTURE : 29/03/2020 EDITEE LE : 11/08/2020 PAR: ZAHID | | | | | | | | | | | |
| VISA | | | | | | | | | | | |
| <u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u> | | | | | | | | | | | |
| <u>N° DE POLICE :</u> | | | | | | | | | | | |
| <u>Règlement à effectuer à l'ordre de :</u> POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI | | | | | | | | | | | |
| <u>BANQUE :</u> B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA | | | | | | | | | | | |
| <u>N° compte bancaire :</u> 011 780 00 00 43 210 00 60050 54 | | | | | | | | | | | |