

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

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° P19-0048133

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02830

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KEBDANI, Mohamed

Date de naissance : 1950

Adresse : Résidence EL FATH EL AM, RYHANE - n° 11

HAJEL PDS

Tél. : 0696 589 100

Total des frais engagés : 1689,07 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/12/2018

Nom et prénom du malade : KEBDANI, MOHAMED Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection neuromusculaire

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 : 21/12/2018

Signature de l'adhérent(e) :

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
16/12/19	C2		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/12/19	329,000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/12/19		1000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Professeur MEZIANE EL MEHDI
Docteur MEZIANE MUSTAPHA
Docteur MEZIANE ANAS
Docteur MEZIANE AMINE

أستاذ مزيان المهدي
الدكتور مزيان مصطفى
الدكتور مزيان أناس
الدكتور مزيان أمين

Chirurgiens Urologues

جراحة المسالك البولية التناسلية

ORDONNANCE

30/12/2019

Mme KEBDANI SAMIRA

Casablanca, le :

جراحة المسالك البولية التناسلية
UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنطاري
lithotritie تفتيت الحصى

الجراحة العامة والمنظارية
CHIRURGIE GENERALE
COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال
CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع
الاختصاصات الطبية
REANIMATION ET TOUTES
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى
CENTRE DE LITHOTRIPSIE
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة
CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER
RADIOLOGIE STANDARD

70.90

PROFENID 100 MG

1 cp x 2 / jour x 10 jours

98.80

NEOFORTAN 160 MG

1 cp x 3 / jour x 6 jours

159.30

FLOTAL 10 MG

1 cp le soir x 10 jours

LOT : 3MA067
PER : 09 2021

PROFENID 100 MG
30 CP PEL

P.P.V : 70DH90

6 118000 060802

PPV: 159DH30

NEOFORTAN® 160 mg

PPV: 98DH90
EXP 08/2022
LOT 96031 B

Dr. MEZIANE
Chirurgien - Urologue
CLINIQUE LA SOURCE
Tél: 05 22 20 14 40 / 41

T = 329.00 MK



Professeur MEZIANE EL MEHDI

Docteur MEZIANE MUSTAPHA

Docteur MEZIANE ANAS

Docteur MEZIANE AMINE

أستاذ مزيان المهدي
دكتور مزيان مصطفى
دكتور مزيان أناس
دكتور مزيان أمين

Chirurgiens Urologues

جراحة المسالك البولية والتناسلية

ORDONNANCE

16/12/2019

Casablanca, le :

Mme KEBDANI SAMIRA

جراحة المسالك البولية التناسلية

UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري

lithotritie تفتيت الحصى

Uroscanner (sans injection)

الجراحة العامة والمنظارية

CHIRURGIE GENERALE

COELIO-CHIRURGIE

CNG+BM

URINE SG+

ECHO RG Urétérohydronéphrose ++ , rd ras

جراحة الأطفال

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع

الاختصاصات الطبية

REANIMATION ET TOUTES

SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى

CENTRE DE LITHOTRIPSIE
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة

CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER

RADIOLOGIE STANDARD

Dr. MEZIANE ANAS
Chirurgien Urologue
CLINIQUE LA SOURCE
CASA - Tél. 05 22 20 14 40

POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
CASABLANCA - ZIRADOU
Pris en charge

on

Casablanca, le 26/12/2019

NOM : Me KEBDANI Samira.

MEDECIN DEMANDEUR : Dr A. MEZIANE.

EXAMEN : Uro-scanner.

TECHNIQUE :

- Acquisition spiralée avec des coupes axiales de 5 mm d'épaisseur, reconstruites toutes les 2.5 mm, sans injection de contraste IV.

RESULTAT :

- Une lithiasse de 6 mm de diamètre, siège au niveau de l'uretère pelvien gauche.
- **Rein gauche** de taille normale, de contours réguliers, les cavités pyélocalicielles et urétérale sont modérément dilatées en amont de la lithiasse pelvienne (sus-citée).
- **Rein droit** d'aspect normal.
- Vessie de bonne capacité, sans anomalie pariétale ou endoluminale.
- Utérus d'aspect normal.
- Ovaires non visualisés.

Une échographie complémentaire :

- Dilatation des cavités pyélocalicielles gauche.
- Rein droit d'aspect normal.
- Utérus d'aspect normal.
- Lithiasse non visualisée au niveau du méat urétéral gauche.

CONCLUSION :

Urétéro-hydronéphrose gauche modérée en amont d'une lithiasse pelvienne.

Dr N. EL GHISSASSI

SERVICE RADIOLOGIE
Polyclinique CNSS Ziraoui



N° IPP : 699937		N° SEJOUR : 190046134		FACTURE N° 1903011180		DATE D'ENTREE : 27/12/2019		DATE DE SORTIE : 27/12/2019			
ASSURE :				UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : KEBDANI, Samira					
MALADE : KEBDANI, Samira											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE 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											
TDM (y compris le produit de contraste		TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00 1000.00	
Intervenant : 10494 DR EL GHISSASSI NEZHA RADIOLOGIE		TOTAUX :		1000.00		1000.00				1000.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de				PLAFOND PC		ACOMPTÉ :					
MILLE				REMISE		0.00		REGLE :		1000.00	
				RESTE DU :		0.00					
DATE FACTURE : 27/12/2019		ACEDITEE LE : 27/12/2019		PAR: SIBAI		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA		N° DE POLICE :		N° DE POLICE :		DATE AT :					
Règlement à effectuer à l'ordre de :						POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU					
BANQUE :						B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA					
N° compte bancaire :						011 780 00 00 43 210 00 60050 54					

POLYCLINIQUE DE LA
 SECURITE SOCIALE
 CASABLANCA - ZIRAOU
 Fait par en charge



صحة المنبع

CLINIQUE LA SOURCE

14, Rue Taki Eddine (Ex Berne)
Quartier des Hôpitaux - 20000 Casablanca
RDV de Consultation d'Urologie (1ère Etage)
Tél. : 05 22 20 14 42/43
Tél. : 05 22 20 14 40 /41
Fax : 05 22 20 13 99
www.cliniquelasource.ma
E-mail : contact@cliniquelasource.ma

RECU

N° 07520

BP []

Service Consultation

- Reçu de
- La somme de

12 EBDANI
SAMIRA

300 DH

VISA Caisse

Date :

12/12/13

DR. MEZIANE ANANI
Chirurgien Urologue - Casablanca
Clinique la source
Tél. : 05 22 20 14 40