

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.

adiologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 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

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 caractére 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **02830** Société : **R.A.M.**

Actif Pensionné(e) Autre : **Retraite**

Nom & Prénom : **REBDANI** **Mohamed**

Date de naissance : **1950**

Adresse : **Résidence EL FARJ TAN. RYHNE - N° 11**

Hay EL FDS

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 : **REBDANI SADIQ** Age : **68**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Assiette**

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 : **31 DEC 2019**

Signature de l'adhérent(e) :



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
16/12/11	9 C2		2000	Signature - Caso
				Signature - Caso
				Signature - Caso
				Signature - Caso

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/12/19	 389,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coéquipiers	Montant des Honoraires
CHVICE RAJU de l'yclinique CNSS 2013	20/06/13	SECURITE SOCIALE CASABLANCA - ZRAOUR Prise en charge	1000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

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

Chirurgiens Urologues

أستاذ مزيان المهدى
 الدكتور مزيان مصطفى
 الدكتور مزيان أناس
 الدكتور مزيان أمين

جراحة المسالك البولية التناسلية

ORDONNANCE

30/12/2019

Mme KEBDANI SAMIRA

Casablanca, le :

جراحة المسالك البولية التناسلية
 UROLOGIEendo-urologie العلاج المنظاري
 lithotritie تفتيت الحصىالجراحة العامة والمنظارية
 CHIRURGIE GENERALE
 COELIO-CHIRURGIEجراحة الأطفال
 CHIRURGIE PEDIATRIQUEجراحة النساء
 CHIRURGIE GYNECOLOGIQUEالانعاش وجميع
 الاختصاصات الطبية
 REANIMATION ET TOUTES
 SPECIALITES MEDICALESمركز تفتيت الحصى
 CENTRE DE LITHOTRIPSIE
 EXTRACORPORELLEمركز الفحص بالأشعة
 CENTRE DE RADIOLOGIESCANNER
 RADIOLOGIE STANDARD

PROFENID 100 MG
 30 CP PEL
 P.P.V : 70DH90
 6 118000 060802

70,90
 PROFENID 100 MG
 1 cp x 2 / jour x 10 jours98,180
 NEOFORTAN 160 MG

1 cp x 3 / jour x 6 jours

159,130
 FLOTRAL 10 MG

1 cp le soir x 10 jours



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

1 = 329,00 Dhs



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

Chirurgiens Urologues

أستاذ مزيان المهدى
 دكتور مزيان مصطفى
 دكتور مزيان أناس
 دكتور مزيان أمين

جراحة المسالك البولية والتناسلية

ORDONNANCE

16/12/2019

Casablanca, le :

Mme KEBDANI SAMIRAجراحة المسالك البولية التناسلية
UROLOGIEendo-urologie العلاج المنظاري
lithotritie تفتيت الحصىجراحة العامة والمنظارية
CHIRURGIE GENERALE
COELIO-CHIRURGIEجراحة الأطفال
CHIRURGIE PEDIATRIQUEجراحة النساء
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUEالانعاش وجميع
الاختصاصات الطبية
REANIMATION ET TOUTES
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى

CENTRE DE LITHOTRIPSIE
EXTRACORPORELLEمركز الفحص بالأشعة
CENTRE DE RADIOLOGIESCANNER
RADIOLOGIE STANDARD

Uroscanner (sans injection)

CNG+BM
URINE SG+
ECHO RG Urétérohydronéphrose ++,rd ras

Dr. MEZIANE ANAS
 Chirurgien Urologue
 CLINIQUE LA SOURCE
 CASABLANCA - ZIRADOU
 0522 20 14 40

POLYCLINIQUE DE LA
 SÉCURITÉ SOCIALE
 CASABLANCA - ZIRADOU
 PIÈCES PIS EN CHARGE

OR

IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur - Panoramique Dentaire -
Ostéodensitométrie - Scanner Multibarettes.

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 lithiase de 6 mm de dimère, 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 lithiase 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.
- Lithiase non visualisée au niveau du méat uréteral gauche.

CONCLUSION :

Urétéro-hydronephrose gauche modérée en amont d'une lithiase pelvienne.

Dr N. EL GHISSASSI

service radiologie
Polyclinique CNSS Ziraoui



الضمان الاجتماعي
CNSS

0 9 0 0 0 1 5 5 3

N° IPP : 699937 N° SEJOUR : 190046134

FACTURE N° 1903011180

DATE D'ENTREE : 27/12/2019

DATE DÉ SORTIE : 27/12/2019

ASSURE :

MALADE : KEBDANI, Samira

UF: 5003 RADIOLOGIE

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 :

KEBDANI, Samira

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 GHISASSI NEZHA RADIOLOGIE

TOTAUX :

1000.00

1000.00

1000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE

PLAPOND PC

ACOMPTE

PLAPOND PC

ACOMPTE

REMISE

0.00

REGLE

1000.00

1000.00

RESTE DU

0.00

DATE FACTURE : 27/12/2019

ACÉDITÉE LE : 27/12/2019 PAR: SIBAI

VISA

ACCIDENT DE TRAVAIL

N° DE POLICE

AT ALL

DATE AT

POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
CASABLANCA - ZIRAOUI
Frais pris en charge

Réglement 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



الطب الماء

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

REÇU

N° 07520

BP []

Service Consultation

- Reçu de
- La somme de

12 EBD ANI

SB MDR A

300 DH

VISA Caisse

Date :

16/12/13