

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.

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.

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 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

N° 18016

Déclaration de Maladie : N° P19- 0022954

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0190

Société : RAM.

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité.

Nom & Prénom : CHOUAIBI HOUSSEINE

Date de naissance : 01.01.1933

Adresse : Abituelle.

Tél. : 05 22 27 21 59

Total des frais engagés : 350 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15.01.2020

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

Aptelin irata j7 e

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 : 1/1/2020

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
15/01/2020		22	150,00	Dr. Med Amin Signature 2020
13				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHS

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/07/05	SECURITE 5% CASABLANCA - ZIRAO REGA DISANT charge	200,-

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'OD.

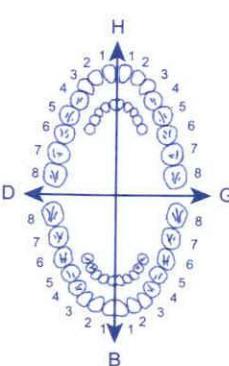
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



/ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



وصفة

ORDONNANCE

Le ١٥ / ٠١ / ٢٠٢٣

M^a Chouaibi Noumine

Fam chirurgie
Uro et vésic pro
H^o me RPM

Trach ect et
et PSA à 13ug/ml

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

Dr.Med Amine BOUA
CHIRURGIEN UROLOGUE
VACCINISSE POLYCLINIQUE



N° IPP :	29823	N° SEJOUR :	200001949	FACTURE N°	2003000443	DATE D'ENTREE :	15/01/2020	DATE DE SORTIE :	15/01/2020	
ASSURE :		DESTINATAIRE :				DESTINATAIRE :				
MALADE : CHOUAIBI HOUSSAINE		UF : 5003 RADIOLOGIE				CHOUAIBI HOUSSAINE				
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	LETTER 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										
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 10441 DR CHEFCHAOUNI GHITA RADIOLOGIE MONTANT TOTAL : 200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de PLAFOND PC ACOMpte

DEUX CENTS DHS

PLAFOND PC	ACOMpte	RESTE DU	RESTE DU
		0.00	0.00

DATE FACTURE : 15/01/2020 DATE ACCIDENTEE : 15/01/2020 PAR : SIBAL

VISA	N° DE POLICE ETAT	N° DE POLICE ETAT	DATE AT

POLYCLINIQUE C.N.S.S. ZIRAOUI
Reglement à effectuer à l'ordre de POLYCLINIQUE C.N.S.S. ZIRAOUI
BANQUE : B.M.C.I.E - MED SEDKI - CASABLANCA
N° compte bâtaise : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54

POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
CASABLANCA - ZIRAOUI
PIGEON CIRAOUI



N° IPP.: 701599

N° SEJOUR : 200001943

FACTURE N° 2002000620

DATE D'ENTREE : 15/01/2020

DATE DE SORTIE : 15/01/2020

ASSURE :

MALADE : CHOUAOBI,Houssaine

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

DESTINATAIRE :

NOM JEUNE FILLE :

N° IMMAT C.N.S.S.

CHOUAOBI,Houssaine

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 COTES EN C										
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1 00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 21109 DR BOUAB MOHAMMED AMINE UROLOGIE TOTAUX : 150.00 150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

PLAFOND PC :

ACOMPTE :

CENT CINQUANTE DHS

REMISE : 0.00 REGLE : 150.00 AVOIR :

RESTE DU : 0.00

DATE FACTURE : 15/01/2020

EDITEE LE : 15/01/2020

PAR : LANSAR

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

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



IMAGERIE MEDICALE

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

Casablanca, le 15/01/2020

NOM : Mr CHOUAIBI Houssaine.

MEDECIN DEMANDEUR : Dr M. A. BOUAB.

EXAMEN : Echographie rénale et vésico-
prostatique.

Echographie rénale :

- Reins de taille et de situation normales, de contours réguliers, avec une bonne couverture parenchymateuse.
- Absence de dilatation des cavités rénales ni d'obstacle lithiasique visible.

Echographie vésico-prostatique :

- Vessie de bonne capacité, sans anomalie endoluminale ou pariétale.
- Prostate homogène, mesurant 40 x 45 x 50 mm (≈ 47 g).
- Résidu post-mictionnel modéré chiffré à 44 cc.

Dr R. CHEFCHAOUNI

