

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



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. : 05.22.27.22.59 Total des frais engagés : 350 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/21/2020

Nom et prénom du malade : ACCUEIL SIEGE RAM

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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) : [Signature]



وصفة

ORDONNANCE

le 10/01/2022

M^{re} CHOUAIBI NOUSHAINE

Faire chloroquine
pendant et verser pour

Ⓟ comme RPM

Frais médicaux
et / PSA à 13 µg/ml

ok

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

Dr. Med Amine BOUA
CHIRURGIEN UROLOGUE
VACANCIERE POLYCLINIQUE CNSS

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU
 Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
 INPE: 090001553 ICE: 0017573640000 30 IF: 1602058



N° IPP : 29823	N° SEJOUR : 200001949	FACTURE N° 2003000443		DATE D'ENTRÉE : 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	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 RADIOLOGIE										
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 10441 DR CHEFCHAOUANI GHITA RADIOLOGIE	TOTAUX	200.00								
Arrêtée la présente facture à la somme de		PLAFOND PC								
DE X CENTS DHS		REMISE	0.00							
0.00		RESTE DU	0.00							
DATE FACTURE : 15/01/2020		ACCIDENT DE TRAVAIL								
VISA		N° DE POLICE								
Réglement 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
 15/01/2020



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

NOM JEUNE FILLE:

TIERS PAYANT 1:

TIERS PAYANT 2:

REF. PC 1:

REF. PC 2:

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE:

N° SE. SOC. ETRANG.:

DESTINATAIRE:

CHOUAOBI, Houssaine

NATURE DE PRESTATION	LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
	CLE	x COEF	UNITAIRE		% / 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 :
CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC:

ACOMPTE:

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:

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





الضمان الإجتماعي

تأمينات اجتماعية

CNSS

Le devoir de vous protéger

IMAGERIE MEDICALE

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

مصحة
POLYCLINIQUE



الزيراوي
ZIRAOUI

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 (\approx 47 g).
- Résidu post-mictionnel modéré chiffré à 44 cc.

Dr R. CHEFCHAOUNI

[Signature]
Dr R. CHEFCHAOUNI