

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 canaux, 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 canaux.

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



ND = 18018

Déclaration de Maladie : N° P19- 0022952

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0190 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : CHOUAÏRI HOUSSAINE Date de naissance : 01.01.1933
Adresse : Ahituelle
Tél : 0522272259 Total des frais engagés : 726,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 / 12 / 19
Nom et prénom du malade : CHOUAÏRI HOUSSAINE Age : 183
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : je ne sais pas ?
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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/12/19 | S | 1 | 176,30 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

20/12/19

176,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

20/12/19

Ech

600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

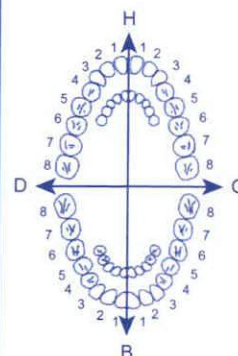
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

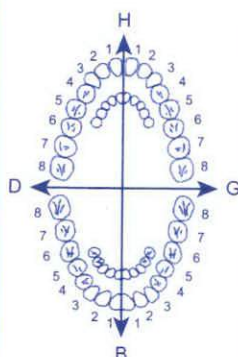
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



وصفة ORDONNANCE



le 20.12.19

2. CHEU Aï Bi MOUSSELINE

83,20

83,20 - spectrum 500
18 x 2 1/2 (90 cp)

48,50 - T.Bane 500
18 x 2 1/2

34,40 - Dispanol :
1 cp x 4/5 (20 cp)

10,20 - Cehungyl 500
18 x 2 1/2

A 76,30

CETAMYL 500 mg
Paracetamol
Boîte de 30 comprimés
PPV : 10,20 DH
6 118000 190219

Dr. Mohammed BOUTALEB
Spécialiste des Maladies
du Appareil Digestif
CNSS Ziraoui - INP: 041038539
ICE: 001922406006029

34,40



وصفة ORDONNANCE

le 20.12.15

Mr. Omer Aïssi HUSSAINE

- Echographie abdominale

Dur abdominale

SERVICE RADIOLOGIE
Polyclinique CNSS Ziraoui

Dr. Mohammed BOUJALIL
Spécialiste des Maladies
Généralistes - N° 09 1038539
CNSS Ziraoui - N° 09 22 20 38 56/59/60

POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
CASABLANCA - ZIRAOU
Trois mois en charge

[Signature]



| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------|-------------|-----------|----------------------------------|--|----------------------------|--|-----------------------------|--|
| N° IPP : | 29823 | N° SEJOUR : | 190045359 | FACTURE N° 1903010961 | | DATE D'ENTREE : 20/12/2019 | | DATE DE SORTIE : 20/12/2019 | |
| ASSURE : | | | | DESTINATAIRE : | | CHOUAIBI HOUSSAINE | | | |
| MALADE : CHOUAIBI HOUSSAINE | | | | 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. : | | | |

| 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 | 2.00 | 200.00 | 400.00 | | | | | 0.00 | 400.00 |

| | | | | | | | |
|--|------------|--------|-------|--------|--|-----------|--------|
| Intervenant : 10441 DR CHEFCHAOUNI GHITA RADIOLOGIE | TOTAUX : | 400.00 | | | | | 400.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : PLAFOND PC : | ACCOMPTÉ : | | | | | ACOMPTÉ : | |
| QUATRE CENTS DHS | REMISE : | 0.00 | REGLE | 400.00 | | AVOIR : | |
| | RESTE DU : | 0.00 | | | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| DATE FACTURE : 20/12/2019 | ACCÉDITEE LE : 20/12/2019 | PAR : TAHIR | ACCIDENT DE TRAVAIL : |
| VISA : | N° DE POLICENTE : | | N° DE POLICENTE AT : |
| | | | DATE AT : |
| Règlement à effectuer à l'ordre de : | | POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAQI | |
| 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 - ZIRAQI
Frais pris en charge

SERVICE RADIOLOGIE
Polyclinique CNSS Ziraq

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI
Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA
Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
INPE: 09000553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 699378 N° SEJOUR 190045343

FACTURE N° 1902013414

DATE D'ENTREE : 20/12/2019 DATE DE SORTIE : 20/12/2019

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : CHOUAIBI, Houssaine

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

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 | 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 : 21012008 BOUTALEB MOHAMMED GASTRO-ENTEROLOGIE

TOTAUX :

150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DHS

PLA 500 PC

ACOMPTE :

RETRAISE

0.00 REGLE

150.00

AVOIR :

RESTE DU :

0.00

DATE FACTURE : 20/12/2019

EDITEE LE : 20/12/2019

PAR : JOUHIR

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

NOM : Mr CHOUAIBI Houssaine.

MEDECIN DEMANDEUR : Dr M. BOUTALEB.

EXAMEN : Echographie abdomino-pelvienne.

1/ Echographie abdominale :

- Patient cholécystectomisé.
- Foie homogène, échogène dans son ensemble, d'allure stéatosique.
- VP et VBP de calibre normal.
- Pancréas non vu, masqué par les gaz.
- Le volume et l'échostructure de la rate et des reins sont normaux.
- Absence de masse abdominale profonde ni d'épanchement intra-péritonéal individualisable.

2/ Echographie pelvienne :

- Vessie de bonne capacité, sans anomalie pariétale ou endoluminale.
- Prostate calcifiée, modérément hypertrophiée, de 44 x 50 x 54 mm (≈ 62 g).

Conclusion :

- Stéatose hépatique modérée diffuse.
- Hypertrophie modérée de la prostate.

Dr R. CHEFCHAOUNI

SERVICE RADIOLOGIE
Polyclinique CNSS Ziraoui