

# 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 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](http://www.mupras.com)

NP = 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

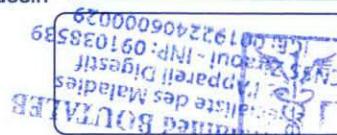
Nom & Prénom CHOUAIKI HOUSSAINE Date de naissance : 01.01.1933

Adresse : Abitinelle

Tél. : 05 22 27 21 59 Total des frais engagés : 726,30 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



**MUPRAS**

27 JAN. 2020

Date de consultation : 27/12/19

Nom et prénom du malade : CHOUAIKI HOUSSAINE Age : 102

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : jeune homme ?

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]

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>ERVICE RADIOGRAPHIQUE</i>	<i>26/12/13</i>	<i>ECR</i>	<i>50,00</i>

#### AUXILIAIRES MEDICALS

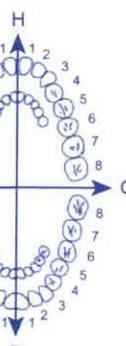
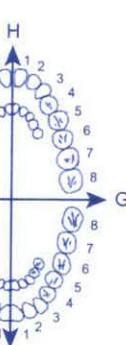
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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'ODT.

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

n. CHUZ A/Bri

HOUSSEINE

83,80

83,20

spectrum 500

14x25 (10cp)

48,50

- T.3ane 500

14x25

34,40

- Dispense :

14x41 (20cp)

10,20

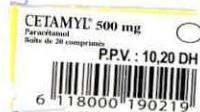
- Cetamyl 500

14x25

176,30

176,30

Dr Mohammed BOUTALEB  
Spécialiste des Maladies  
du Appareil Digestif  
CNSS Ziraoui - INP: 04 1038539  
ICE: 00192240600029



34,40

# وصفة ORDONNANCE

le 20.12.15

Mr. Alexei Bi Bi Hussain

- Ecographie Abdomen

Dark abdomen

SERVICE RADIODIAGNOSTIQUE  
de l'Yclinique CNSS Ziraoui

POLYCLINIQUE DE LA  
SECURITE SOCIALE  
CASABLANCA - ZIRAOUI  
Boulevard Bourgogne

Dr. Mohamed BOUAFIA  
Spécialiste des Maladies  
Infectieuses et Parasitaires N° 091038539  
Spécialiste en Radiologie N° 06000029  
CNSS Ziraoui 00192406000029  
CNSS Ziraoui 00192406000029

Off



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	
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>											
ECHOGRAPHIE		ECHOGR	2.00	200.00	400.00				0.00	400.00	

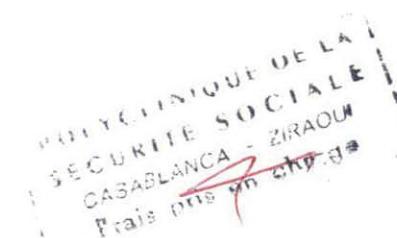
Intervenant : 10441 DR CHEFCHAOUNI GHITA RADIOLOGIE TOTAUX : 400.00 400.00

Arrêtée la présente facture à la somme de PLAFOND PC : ACCIDENT DE TRAVAIL : ACOMPTE : QUATRE CENTS DHS REMISE : 0.00 REGLE : 400.00 AVOIR : 0.00

PRISE EN CHARGE : RESTE DU : 0.00 DATE AT :

DATE FACTURE : 20/12/2019 ACCIDENTEE LE : 20/12/2019 PAR : TAHIR ACCIDENT DE TRAVAIL : DATE AT :

VISA : N° DE POLICE AT : DATE AT :  
N° DE POLICE AT :  
PO. AT :  
Règlement effectué 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



Service Radiologie  
Clinique CNSS Ziraoui

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI

Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA

Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91

INPE: 090001553 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 :

MALADE : CHOUAIBI, Houssaine

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

DESTINATAIRE :  
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 COTES EN C

CONSULTATION DE SPECIALISTE

Cs 1.00 150.00

0.00 150.00

Intervenant : 21012008 BOUTALEB MOHAMMED GASTRO-ENTEROLOGIE

TOTAUX



PLAISIR PC

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DHS

REPRISE 0.00 REGLE 150.00

ACOMPTE

AVOIR

RESTE DU 0.00

DATE FACTURE : 20/12/2019

EDITEE LE : 20/12/2019

PAR : JOUHIR

ACCIDENT DE TRAVAIL

DATE AT :

VISA

N° DE POLICE

Requiert à effectuer à l'ordre de  
BANQUE :

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI  
B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA  
011 780 00 00 43 210 00 60050 54

N° Compte bancaire



# IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur - Panoramique Dentaire -  
Ostéodensitométrie - Scanner Multibarettes.  
Casablanca, le 20/12/2019

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 intraperitoneal 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

~~DR R. CHEFCHAOUNI~~  
~~POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI~~