

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.

Biologie 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.

Maladie chronique :

- 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 062017

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071 Société : 111011
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : ALAOUI Mohamed
Date de naissance : 21-12-1942
Adresse : BOUSKOURA GOLF city ville verte CASABLANCA
ville 81A 2^e étage
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection chronique
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 : 10/3/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
10/03/22		CS	15010	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/03/22	B	495
	10/03/22	C	10

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	TV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 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 10/03/2022

N° ALAOU 791

Faire échographie
urinaire et vésico-
prostatique

Dysurie

Casablanca, Maroc
Polyclinique CNSS Ziraoui

Dr. Med Amine BOUAB
CHIRURGIEN UROLOGUE
MEDECIN POLYCLINIQUE CNSS
ZIRAOU
05 22 22 29 30



وصفة
ORDONNANCE



le 10/03/2022

N° MAOVS 27

①

EU3U

②

PSA total sérum

③

Ure, créat



Dr. Mad Amine BOUAB
CHIRURGIEN UROLOGUE
VÉRIFIÉ PAR POLYCLINIQUE CNSS
ZIRAOU
Tél. 05 22 22 30 30

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 :	736906	N° SEJOUR :	220007768	FACTURE N° 2204000482		DATE D'ENTREE : 10/03/2022		DATE DE SORTIE : 10/03/2022			
ASSURE :				UF: 5004 LABORATOIRE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : ALAOUI, Mohammed					
MALADE : ALAOUI, Mohammed											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
ACTES DE BIOLOGIE											
Acte de Biologie Médicale		B	450.00	1.10	495.00					0.00 495.00	

Intervenant : 106999 EQUIPE LABO DE BIOLOGISTES LABORATOIRE D ANALYSE DETOTAUX :	495.00						495.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT QUATRE-VINGT QUINZE DHS	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	495.00		AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 10/03/2022	EDITEE LE : 10/03/2022	PAR: SIBAI	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :		
		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					



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

Casablanca, le 10/03/2022

Nom et Prénom **ALAOUI MOHAMMED**
Ref **7768**
Service **EXTERNE**

Biochimie du sang

Résultats

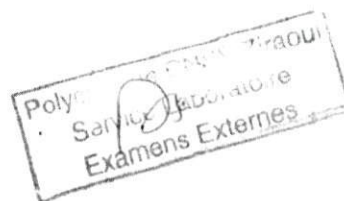
Valeurs fréquentes

Urée	0,30	g/l	0,15 à 0,40
Créatinine	8,0	mg/l	7 à 14

SEROLOGIE

P.S.A TOTAL = 1,21 ng/ml

valeurs normales = 0 à 4 ng/ml



POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU
 Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 736904		N° SEJOUR : 220007772		FACTURE N° 2203002054		DATE D'ENTREE : 10/03/2022		DATE DE SORTIE : 10/03/2022			
ASSURE :				DESTINATAIRE : ALAOU, Mohammed							
MALADE : ALAOU, Mohammed											
NOM JEUNE FILLE :											
TIENTS PAYANT 1 :											
TIENTS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIENTS PAYANT 1		TIENTS 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 : 14116 DR ELHASNAOUI KHADIJA RADIOLOGUE		TOTAUX :		200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
DEUX CENTS DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	200.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 10/03/2022		EDITEE LE : 10/03/2022		PAR: R8174		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :				
				Règlement 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				

Casablanca, le 10/03/2022

NOM : MR ALAOUI MED.

MEDECIN DEMANDEUR : Dr

**EXAMEN : Echographie rénale et vésico-
Prostatique.**

Echographie rénale :

- Reins de taille et de situation normales, de contours réguliers, rein droit (50x113mm) et rein gauche (49x109mm) avec une bonne couverture parenchymateuse, sans dilatation des cavités rénales ni obstacle lithiasique visible.

Echographie vésico-prostatique :

- Vessie de capacité moyenne et a paroi limite et a contenu finement échogène évoquant une infection urinaire.
- Prostate hétérogène refermant des multiples calcifications infra centimétrique son poid et estimé a 35g
- Résidu post-mictionnel estimé à 17 cc.

Dr K. EL HASNAOUI



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 : 736904		N° SEJOUR : 220007764		FACTURE N° 2202002364		DATE D'ENTREE : 10/03/2022		DATE DE SORTIE : 10/03/2022			
ASSURE :				DESTINATAIRE : ALAOUI, Mohammed . . .							
MALADE : ALAOUI, Mohammed											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
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 : 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 : 10/03/2022		EDITEE LE : 10/03/2022		PAR: SIBAI		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			

