

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

SO-VCE

La 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.

117867

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00445 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AÏL HASSAN

Date de naissance : 29.09.1944

Adresse : 309, AV.B. HAY MASSIA CASABLANCA

Tél. : 06 440 147 12 Total des frais engagés : 8.89 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. DAOUDI
Endocrinologue Maladies
Métaboliques Nutrition
Hôpital BOUAFI
INP : 161193669

Date de consultation : 09/05/2021

Nom et prénom du malade : E. Aïl hassen Age : 78

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète type 2 + hypertension

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 : 09/05/2021

Signature de l'adhérent(e) : 09.05.2021

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
01/01/22		CCII	60,00	Dr. A. DRABLA Endocrinologue Diabetologues Hôpital B... INP : 161193663

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	P.A. 06/22	Echographies Polyclinique CNSS 7 Rue du Dr. Jules Gouy	100

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

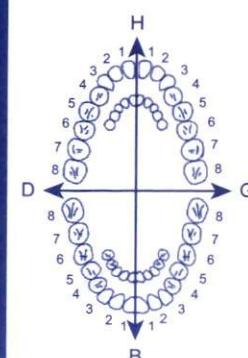
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENT
EL FIDA MERS SULTAN
CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL
EL FIDA MERS SULTAN
HOPITAL MOHAMED BAOUAFI
CASABLANCA

Tél: 05-22-28-77-07
05-22-28-75-71

المملكة المغربية
وزارة الصحة
عملية مطالبات القوام من السلطان
المركز الاستدلالي لعملية
للقوام من السلطان
مستشفى عبد الله بن باطلي
الدار البيضاء

CASABLANCA LE: 09/05/2004 الدار البيضاء في:

ORDONNANCE

EL Aïd Hassan

224,00

- Cialis 20 mg cp. 20x1.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب احترام التبرعات الموسومة

PPU 224,00 DH

1ep/05 le di.

224,00

Dr. A. DAOUDI
Endocrinologue Maladies
Métaboliques Nutrition
Hôpital BOUAFI
INP : 161193669

092044035
PHARMACIE MOUMEN
PLUS CASABLANCA SARL AU
DR LEMSEFFER MAHFLOUD
Derb El Fokala Rue 31 N° 47-51, Casablanca
IF: 50809186 - T: 34500790
RC: 52-065-ICE: 00295312700066

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENT
EL FIDA MERS SULTAN
CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL
EL FIDA MERS SULTAN
HOPITAL MOHAMED BAOUAFI
CASABLANCA

TÉL : 05-22-28-77-07
05-22-28-75-71

المملكة المغربية
وزارة الصحة
حملة ملقطات القوادم من المسلطان
المركز الاستشفائي الملكي
القوادم من المسلطان
مستشفی عبد الله بن باطین
الدار البيضاء

CASABLANCA LE: 09/05/1996

ORDONNANCE

El Ail hassen

390,00

1 - Galus net 50/ 850

1cp x 21f.

6 118001 031085
GALVUS MET 50 mg/850 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

0920
PHARMACIE MA
PLUS CASABLANCA
Dr LEMSER
Derb El Fokara
RUE 31 N° 47-51
CP 10000
T.P. 34500790
RC: 527/63-X
Ref: 00295312700005



X3

13 gratuits

- Nintord 30.

→ 22UI à 8hms

2f, 0

→ 12UI à 20hms

3 - seringue à insuline (loose)

(tt 03 uis).

Dr. A. DAOUDI
Endocrinologue, Maladies
Métaboliques Nutrition
Hôpital BOUAFI
INP : 161193669



PHARMACIE MOUMEN PLUS CASABLANCA

RUE 31 N°47-51 DERB FOUKARA

CASABLANCA

CNSS 1190602 - ICE 002953127000056

PATENTE 34500790 - IDENTIFIANT FISCAL 50309186

0522 82 69 00

PHARMACIE MOUMEN
PLUS CASABLANCA SARLAU
Dr LEMSEFFER MAHFOUD
Derb El Fokara, Rue 31, N°47-51, Casablanca
IF: 50309186 - IP: 34500790
RC: 527065 - ICE: 002953127000056

Facture N° 908 334 Du 11/05/2022

ELAIL HASSAN

Form	Désignation	Prix	Qté.	Montant H	Tva%	Mt Tva	Montant TTC
CO	CIALIS 20 MG/2	224.00	1	209.35	7 %	14.65	224.00
1	Total			209.35		14.65	224.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : DEUX CENT VINGT-QUATRE DIRHAMS TTC



PHARMACIE MOUMEN PLUS CASABLANCA

RUE 31 N°47-51 DERB FOUKARA

CASABLANCA

CNSS 1190602 - ICE 002953127000056

PATENTE 34500790 - IDENTIFIANT FISCAL 50309186

0522 82 69 00

Facture N° 912 713 Du 04/06/2022

EL AIL HASSAN

Form	Désignation	Prix	Qté.	Montant H	Tva %	Mt Tva	Montant TTC
AC	SERINGUE ICC INS	2.50	10	20.86	20 %	4.17	25.04
1	Total			20.86		4.17	25.04

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : VINGT-CINQ DIRHAMS ET QUATRE CENTIMES TTC

PHARMACIE MOUMEN
PLUS CASABLANCA
DERB FOUKARA
BP 50309186 - TP: 0522 82 69 00
RC: 527065-ICE: 002953127000056

092044C31



IMAGERIE MEDICALE

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

Casablanca, le 01/06/2022

NOM : Mr EL AIL HASSAN

MEDECIN DEMANDEUR : Dr.

EXAMEN : Echographie rénale et vésico-prostatique.

Echographie rénale :

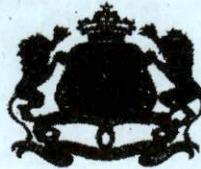
- Les deux reins sont de taille normale, de contours réguliers
- Absence de lithiase ou de dilation des CPC

Echographie vésico-prostatique :

- Vessie de lutte hypertonique sans lésion pariétale ou endoluminale visible
- Hypertrophie prostatique estimée à 80 g.
- Résidu post-mictionnel chiffré à 50cc



OK



ROYAUME DU MAROC
 MINISTÈRE DE LA SANTE
 PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS
 EL FIDA MERS SULTAN
 CENTRE HOSPITAIRE PREFECTORAL
 EL FIDA MERS SULTAN
 HOPITAL MOHAMED BAOUAFI
 CASABLANCA

المملكة المغربية
 وزارة الصحة
 المركز الاستشفائي لعالة
 الفداء مرس السلطان
 مستشفى محمد بوافي
 الدار البيضاء

Région :
 Province : CHT Bouafsi.
 Etablissement sanitaire:



FICHE DE REFERENCE

IDENTITE DU PATIENT : EL Aïl hassan

Nom et Prénom :

Age (Né le) : 29.09.1944

sexe : Masculin

féminin

Identifiant de la C.M.B ou autres documents :

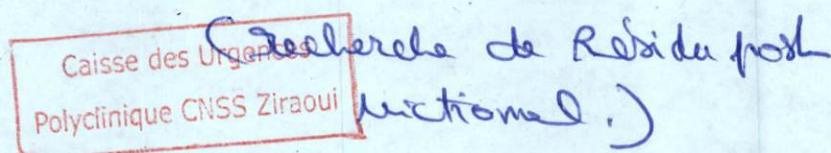
Adresse :

MOTIF DE REFERENCE ET LIEU DE REFERENCE :

Age = 70 ans, diabétique, présent une
 pollakiurie + signe de prostatisme.

==> Echo urinaire - prostatique

TRAITEMENT REÇU :



AUTRES INFORMATIONS UTILES :

Nom et Signature du Médecin

Dr A. DAQUDI
 Endocrinologue Maladies
 Métaboliques Nutrition
 Hôpital BOUAFI
 INP : 161193669

Fait le : 09/07/2022

Confraternellement

N.B : Demande de soins établie pour les autorités compétentes des bénéficiaires de RAMED de droit (orphelin, prisons etc....)



N° IPP :	742424	N° SEJOUR :	220017325	FACTURE N° 2203004588			DATE D'ENTREE :	01/06/2022	DATE DE SORTIE :	01/06/2022
ASSURE :							DESTINATAIRE :	EL AIL,Hassan		
MALADE :	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 :									
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	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : M0200021 DR MESTOUR MOHAMED				TOTAUX :	200.00					200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	200.00		AVOIR:	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 01/06/2022 EDITEE LE : 01/06/2022 PAR: R8280				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						

Polyclinique CNSS ZIRAOUI

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé

Hôpital Lt. Mohamad Bouaifi - Casablanca

Reçu de M.

La Somme de

Quittance

N° 00149329/A

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
CAS		
Total		60,00

Cachet du

Service

Le 9/1/2020

Signature du
Régisseur