

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2441

Société :

144850

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ADOUANE EL HASSANE

Date de naissance : 5/4/1956

Adresse :

0661635819

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 22/12/2022

Y.A

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
12/12/2021	2	100% SERVICE CONSULTATION	100,00	DR. FAYE CHIRURGIEN DENTISTE VAGHATATE SOUAU Tél: 06 63 72 39 39
15/12/2021	4	*	E	DR. FAYE CHIRURGIEN DENTISTE VAGHATATE SOUAU Tél: 06 63 72 39 39 SOUAU CNSS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/12/2022	109,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIODIAGNOSTIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Caisse des Urgences Polyclinique - SS Ziraou</i>	21/12/22	ECHS	200,00
	13/12/22	ECG	429,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

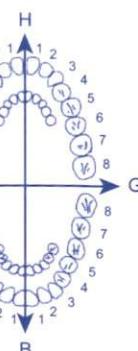
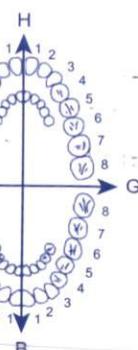
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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 12/12/2011

M^r ADAVANTE & Rose

Faire une perfusion de sucre
et oxygène

(+) MM

Bon et dynamie



Dr. Med Amine BOUAB
CHIRURGIEN TROPOLOGUE
VACATAIRE POLYCLINIQUE CNSS
ZIRAOUI
TEL : 05 22 20 38 56 / 05 22 22 05 90 - FAX : 05 22 22 29 91



الزراوبي
ZIRAOUI

وصفة

ORDONNANCE

le 12/12/2001

نº ADONARTE BL Hassan

①

ZBN

②

Problème



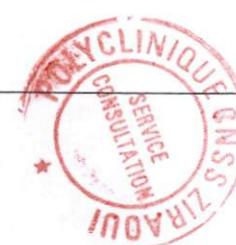
DR. M. AMINE BOUAB
CHIRURGIEN UROLOGUE
VACANTAIRE POLYCLINIQUE CNSS
ZIRAOUI
TEL: 05 63 72 39 30

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



0 9 0 0 0 1 3 5 3

N° IPP : 757210	N° SEJOUR : 220041742	FACTURE N° 2204002958				DATE D'ENTREE : 13/12/2022		DATE DE SORTIE : 13/12/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ADOUANE, EI Hassane		
MALADE : ADOUANE, EI Hassane		UF: 5004 LABORATOIRE								
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 BIOLOGIE	B	390.00	1.10	429.00					0.00	429.00
<i>Intervenant : 106999 EQUIPE LABO DE BIOLOGISTES LABORATOIRE D'ANALYSE DE TOTAUX :</i>				429.00						429.00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>				PI AFOND PC :					ACOMPTE:	
<i>QUATRE CENT VINGT NEUF DHS</i>				REMISE :	0.00	REGLE :	429.00		AVOIR:	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 13/12/2022		EDITEE LE : 13/12/2022		PAR: DMNATI	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
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					



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

Casablanca, le 14/12/2022

NOM ET PRENOM ADOUANE EL HASSANE

REF 1742

SERVICE EXTERNE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

N E2 DU 13/12/2022

Examen Macroscopique.

Aspect : CLAIR

Couleur : JAUNE

Culot : INFIM

Examen Direct (Cytologie).

Cellules Epithéliales : RARES

Leucocytes : RARES

Hématies : RARES

Cylindres : ABSENCE

Cristaux : ABSENCE

Coloration de Gram : NEGATIF

Numération de Germes : < 5
10

Culture sur Milieux Usuels et Spécifiques : NEGATIF

DR.Souheil Niamat ABOUDI
Medecin Biologiste
POLYCLINIQUE CNSS
ZIRAOUI
Le devoir de Vous Protéger



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

Casablanca, le 14/12/2022

NOM ET PRENOM ADOUANE EL HASSANE

REF 1742

SERVICE EXTERNE

SEROLOGIE

P.S.A TOTAL = 2.19 ng/ml

valeurs normales = 0 à 4 ng/ml

Mr. Niamat ABOUD
Médecin Biologiste
POLYCLINIQUE CNSS
ZIRAOUI

IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur
Echographie Cardiaque - Scanner Multibarettes



Casablanca, le 12/12/2022

Nom du Patient : Mr ADOUANE El Hassane.
Médecin Demandeur : Dr M.A.BOUAB

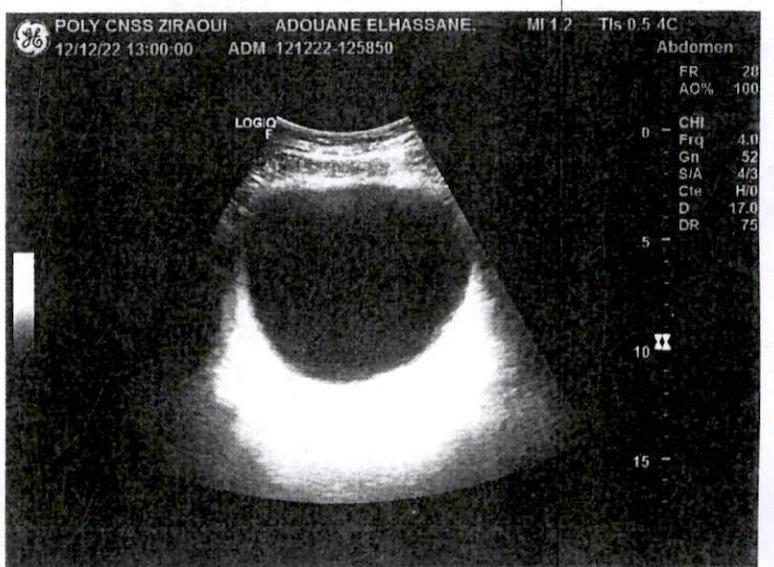
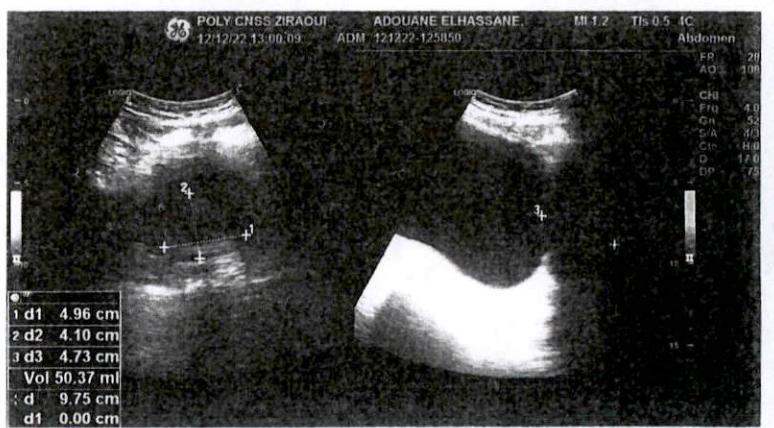
ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICO PROSTATIQUE

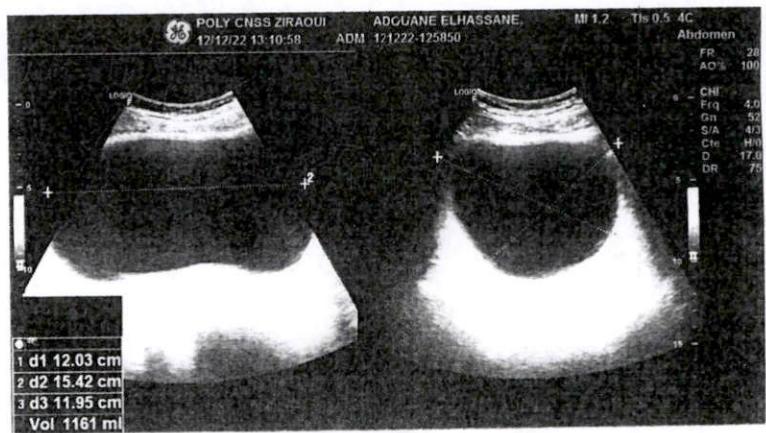
Les deux reins sont de taille et d'échostructure normales, de contours réguliers.
Absence de dilatation des cavités excrétrices à leur niveau.
Vessie de plage homogène sans lésion endoluminale.
Hypertrophie prostatique estimée à, 50 g
Vésicule séminale de morphologie normale.
Résidu post mictionnel de 100 cc.

CONCLUSION

Hypertrophie prostatique estimée 50 g .
Résidu post mictionnel de 100 cc.
Echographie rénale et vésico prostatique ne révélant pas d'autres anomalies.







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 : 757210 N° SEJOUR : 220041601

FACTURE N° 2203010892

DATE D'ENTREE : 12/12/2022

DATE DE SORTIE : 12/12/2022

ASSURE :

MALADE : ADOUANE, El Hassane

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

ADOUANE, El Hassane

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 : 51213 DR BENBRAHIM ABDELILAH RADIOLOGUE 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 : 12/12/2022 EDITEE LE : 12/12/2022 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

Chambre des Urgences
Polyclinique CNSS Ziroui

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 : 757182	N° SEJOUR : 220041558	FACTURE N° 2202013410				DATE D'ENTREE : 12/12/2022		DATE DE SORTIE : 12/12/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ADOUANE,Hassane		
MALADE : ADOUANE,Hassane		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
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	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 : 12/12/2022 EDITEE LE : 12/12/2022 PAR: DMNATI			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							

