

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

M22- 0007171

15699

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 487 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/04/2023

Nom et prénom du malade : M. Benouala Bouchaib Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :



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 |
|-----------------|--|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/10/23 | MM ME RAFIK CHOUIONI CASSIUS PRINCIPAL POLYCLINIQUE NASSIRAOUI | | 250,00 |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 25/10/23 | B250 | 250,00 |
| | 25/10/23 | C413 | 650,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

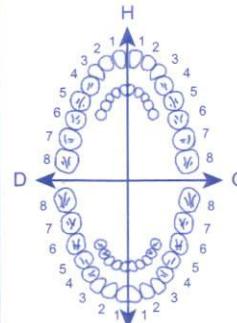
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|-------------------------|
|  | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | MONTANTS DES SOINS | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
| DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) | | | | DATE DU DEVIS | |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | DATE DE L'EXECUTION | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | |

وصفة

ORDONNANCE

le 05/04/2021

Mr BÉNABAL A Boushahib

Ecographie Cou & Doppler

RC
Dyspnée

Cardiologue



وصفة

ORDONNANCE

le 05/04/2024

Mr Ben Aoudha Rachid

Type HS'

Signature



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

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

de 05/04/2023

- Compte Rendu d'echographie Cardiaque
de M^r BENOU ALA Bouchaib

- VG Abn Dilaté, Abn hypertrophie,
SEVG = 55%.

- QRVG Abn P. | Profil Mihet Type
Anomie de Relaxation

- Massif auriculaire : OG = Abn Dilaté
OD = Taille normale
WIC d'echos

- V_M = pen gennomié, pen saluté
IM mince pas de RA
- VR = pen gennomié par de RA pas d'AO
- PAPS séi = jable probable HTP
- VD = fonctionnelle $VD/NG > 0,6$
- periculose
- VC fine longue





LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

Casablanca, le 05/04/2023

NOM ET PRENOM BENOUALA BOUCHAIB
REF 3876
SERVICE EXTERNE

MARQUEURS CARDIAQUES

(Technique ELFA- MINI VIDAS)

Troponine I ultras sensible (TNHS) : < 1.5 ng/L (Inférieur à 19)

Interprétation :

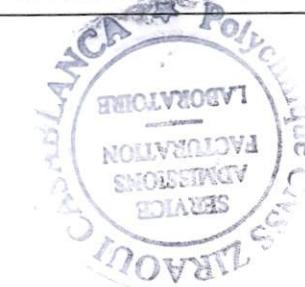
- T0:
 - PATIENT SAIN <19ng/l
 - POSITIF > 100ng/l
 - Refaire T 3h : entre 19 et 100 ng/l
- T 3h-T 0h <10ng/l: Exclusion
- T 3h-T 0h >10ng/l: Inclusion
- Autre : Surveillance





| N° IPP : 766817 | N° SEJOUR : 230013876 | FACTURE N° 2304001217 | | | | DATE D'ENTREE : 05/04/2023 | | DATE DE SORTIE : 05/04/2023 | | |
|-----------------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------|--------|----------------|----------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|---------|
| ASSURE : | | | | | | DESTINATAIRE : | | BENOUALA, Bouchaib | | |
| MALADE : BENOUALA, Bouchaib | | 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 | 250.00 | 1.10 | 275.00 | | | | | 0.00 | 275.00 |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|------|---------|--------|--|----------|--------|
| Intervenant : 106999 EQUIPE LABO DE BIOLOGISTES LABORATOIRE D'ANALYSE DE TOTAUX : | | | | 275.00 | | | | | | 275.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT SOIXANTE QUINZE DHS | | | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE: | |
| | | | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 275.00 | | AVOIR: | |
| | | | | RESTE DU: | 0.00 | | | | | |
| DATE FACTURE : 05/04/2023 EDITEE LE : 05/04/2023 PAR: R8174 | | | | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | | |
| VISA | | | | N° DE POLICE : DATE AT : | | | | | | |
| Caisse des Urgences Polyclinique CNSS Ziraoui | | | | 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 | | | | | | |





0 9 0 0 0 1 5 5 3

N° IPP : 766817 N° SEJOUR : 230013850

FACTURE N° 2302004731

DATE D'ENTREE : 05/04/2023 DATE DE SORTIE : 05/04/2023

ASSURE :

MALADE : BENOUALA, Bouchaib

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

BENOUALA, Bouchaib

| 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 CARDIOLOGUE + ECG | CsQ | 1.00 | 250.00 | 250.00 | | | | | 0.00 | 250.00 |

| | | | | | | | | | | |
|---|----------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--------|
| Intervenant : M0200042 DR ELHASSANI LALA FATIMA EZZAHRA | TOTAUX : | 250.00 | | | | | | | | 250.00 |
|---|----------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--------|

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE : 250.00

AVOIR:

RESTE DU: 0.00

DATE AT :

DATE FACTURE : 05/04/2023 EDITEE LE : 05/04/2023 PAR: DMNATI

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

N° DE POLICE :

MME RAFIK CHOUHADIA
 CAISSE PRINCIPALE
 POLYCLINIQUE ZIRAOUI

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

