

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 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

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.

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

M22- 0007175.

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

487

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Benouala Bouchaib

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

06 54 98 32 48

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DOCTEUR AZIZ AMINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU

Cachet du médecin :

Date de consultation :

16/05/2023

Nom et prénom du malade :

Benouala Bouchaib

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

Douleur hanche Ble

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) :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

16/05/23

U

16/05/23

C

DOCTEUR AZIZ AMINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

MEDECIN GENERALISTE
AZAKKI WIDAD
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des
Coefficients

Montant
des Honoraires

16/05/23

B

72600

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Praticien

Date des
Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

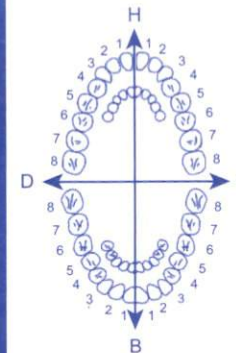
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			B
00000000	00000000		
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]

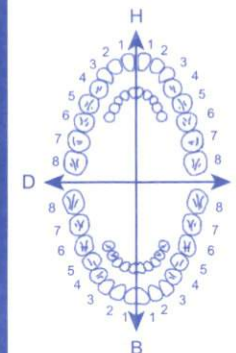
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

BIOCHIMIE					
SANG			URINES		LCR
<input type="checkbox"/> Glycémie à jeun	<input type="checkbox"/> Alat	<input type="checkbox"/> Cholesterol total	<input type="checkbox"/> Calcium	<input type="checkbox"/> Ionogramme complet	<input type="checkbox"/> Protides
<input type="checkbox"/> Glycémie PP	<input type="checkbox"/> ASAT	<input type="checkbox"/> Cholesterol HDL	<input type="checkbox"/> CPK Total	<input type="checkbox"/> Urée	<input type="checkbox"/> Glucose
<input type="checkbox"/> H.P.O	<input type="checkbox"/> Ph. Alcaline	<input type="checkbox"/> Cholesterol LDL	<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> Clearance créatinine	<input type="checkbox"/> Chlore
<input type="checkbox"/> Hb. Glycolysée	<input type="checkbox"/> >	<input type="checkbox"/> Cholesterol libre	<input type="checkbox"/> Fer sérique	<input type="checkbox"/> Protides (Recherche Dosage)	
<input type="checkbox"/> Urée	<input type="checkbox"/> Bilirubine T	<input type="checkbox"/> Lipides totaux	<input type="checkbox"/> Ferritine	<input type="checkbox"/> Glucose (Recherche Dosage)	
<input type="checkbox"/> Créatinine	<input type="checkbox"/> Bilirubine D	<input type="checkbox"/> Ionogramme complet	<input type="checkbox"/> Mg sérique	<input type="checkbox"/> Acétone	
<input type="checkbox"/> Phosphore	<input type="checkbox"/> Bilirubine I	<input type="checkbox"/> Na+		<input type="checkbox"/> Micro albumine	
<input type="checkbox"/> Acide Urique	<input type="checkbox"/> Amylase mie	<input type="checkbox"/> K+		<input type="checkbox"/> Sang	
<input type="checkbox"/> Albumine	<input type="checkbox"/> Triglycérides	<input type="checkbox"/> Protides			
	<input type="checkbox"/> Lipase				

MARQUEURS			HORMONOLOGIE		HEMATOLOGIE		SEROLOGIE	
<input type="checkbox"/> Ag Hbs	<input type="checkbox"/> AC anti TPO	<input type="checkbox"/> HLV	<input type="checkbox"/> TSHus	<input type="checkbox"/> Pro BNP	CYTOLOGIE - TRANSFUSION		<input type="checkbox"/> CRP	<input type="checkbox"/> TPHA
<input type="checkbox"/> Ac Hbs		<input type="checkbox"/> ACE	<input type="checkbox"/> T4L	<input type="checkbox"/> BHCG			<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> TOXO IgG
<input type="checkbox"/> Ag Hbe		<input type="checkbox"/> AFP	<input type="checkbox"/> T3L	<input type="checkbox"/> PTH	<input type="checkbox"/> NFS + Plaquettes	<input type="checkbox"/> Compatibilité directe (Cross Match)	<input type="checkbox"/> Waaler Rose	<input type="checkbox"/> Rubéole IgG
<input type="checkbox"/> Ac Hbe		<input type="checkbox"/> PSAT	DIVERS		<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/> TP / INR	<input type="checkbox"/> ASLO	
<input type="checkbox"/> Anti Hbc (Total, IgM)		<input type="checkbox"/> CA15-3	<input type="checkbox"/> Troponine		<input type="checkbox"/> Groupage	<input type="checkbox"/> TCK	<input type="checkbox"/> Ac Anti DNA	
<input type="checkbox"/> Anti HCV		<input type="checkbox"/> CA 19-9	<input type="checkbox"/> Cortisol		<input type="checkbox"/> Coombs direct	<input type="checkbox"/> Fibrinogène	<input type="checkbox"/> Ac Anti Nucléaires	
<input type="checkbox"/> Anti HAV (Total, IgM)		<input type="checkbox"/> CA 125	<input type="checkbox"/> Pro calcitonine		<input type="checkbox"/> Coombs indirect		<input type="checkbox"/> VDRL	
<input type="checkbox"/> AC anti TG		<input type="checkbox"/> PSAL	<input type="checkbox"/> Vitamine D		<input type="checkbox"/> D-Dimères			

BACTERIOLOGIE	
GERMES BANAUX	
<input type="checkbox"/> ECU	<input type="checkbox"/> Hémoculture
<input type="checkbox"/> PPus	<input type="checkbox"/> Parasitologie
<input type="checkbox"/> Tuyaux-Cathéter-Drain	<input type="checkbox"/> Coproculture
<input type="checkbox"/> Sonde Vésicale	<input type="checkbox"/> Recherche de sang dans les selles (hemocult)
<input type="checkbox"/> P- Tracheobronchique	
<input type="checkbox"/> LCR	
<input type="checkbox"/> Ascite	

RENSEIGNEMENTS CLINIQUE	
Date :	Service : <u>URS</u>
IPP :	Nom & Prénom : <u>Benshata Bouchaib</u>
<p>DR. MOUTAZA WIDAD MEDECIN GENERALISTE POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUT</p>	
<p>مصحة الضمان POLYCLINIQUE ADDAMAN VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ ZIRAOUT</p>	



N° IPP : 623444	N° SEJOUR : 230019208	FACTURE N° 2304001683		DATE D'ENTREE : 16/05/2023		DATE DE SORTIE : 16/05/2023				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : BENOUALA, Bouchaib		UF: 5004 LABORATOIRE		BENOUALA, Bouchaib						
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	LETRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE BIOLOGIE Acte de Biologie Médicale	B	60.00	1.10	66.00					0.00	66.00

Intervenant : 106999 EQUIPE LABO DE BIOLOGISTES LABORATOIRE D ANALYSE DETOTAUX :	66.00						66.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : SOIXANTE SIX DHS	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	66.00		AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 16/05/2023	EDITEE LE : 16/05/2023	PAR: R8658	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			

