

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

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.

Optique 16/11/16 Autres

Maladie

Dentaire

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 68 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

DOCTEUR AZIZ AMINE

TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE

VACATAIRE

POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

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 droite

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
16/05/23	1s			DOCTEUR AZIZ AMINE TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE VACATAIRE POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI
16/05/23	C1 - ds	1	1260	MEDECIN AZAKKI WIDAD ZIRAOUI CLINIQUE VACATAIRE Montant de la Facture CNSS ZIRAOUI

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/05/23	B	726,00
	26/05/23	B	726,00

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

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		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	25533412 21433552	
	D	00000000 00000000	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	G	00000000 00000000	
	B	35533411 11433553	
[Création, remont, adjonction]			
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
		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

- | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> Alat | <input type="checkbox"/> Cholesterol total | <input type="checkbox"/> Calcium |
| <input type="checkbox"/> Glycémie PP | <input type="checkbox"/> ASAT | <input type="checkbox"/> Cholesterol HDL | <input type="checkbox"/> CPK Total |
| <input type="checkbox"/> H.P.O | <input type="checkbox"/> Ph. Alcaline | <input type="checkbox"/> Cholesterol LDL | <input type="checkbox"/> LDH |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hb. Glycolysée | <input type="checkbox"/> > | <input type="checkbox"/> Cholesterol libre | <input type="checkbox"/> Fer sérique |
| <input checked="" type="checkbox"/> Urée | <input type="checkbox"/> Bilirubine T | <input type="checkbox"/> Lipides totaux | <input type="checkbox"/> Ferritine |
| <input checked="" type="checkbox"/> Crétatbine | <input type="checkbox"/> Bilirubine D | <input type="checkbox"/> ionogramme complet | <input type="checkbox"/> Mg sérique |
| <input type="checkbox"/> Phosphore | <input type="checkbox"/> Bilirubine I | <input type="checkbox"/> Na ⁺ | |
| <input type="checkbox"/> Acide Urique | <input type="checkbox"/> Amylase mie | <input type="checkbox"/> K ⁺ | |
| <input type="checkbox"/> Albumine | <input type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> Protides | |
| | | <input type="checkbox"/> Lipase | |

URINES

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ionogramme complet | <input type="checkbox"/> Protides |
| <input type="checkbox"/> Urée | <input type="checkbox"/> Glucose |
| <input type="checkbox"/> Clearance créatinine | <input type="checkbox"/> Chlore |
| <input type="checkbox"/> Protides (Recherche Dosage) | |
| <input type="checkbox"/> Glucose (Recherche Dosage) | |
| <input type="checkbox"/> Acétone | |
| <input type="checkbox"/> Micro albumine | |
| <input type="checkbox"/> Sang | |

LCR

MARQUEURS

- | | | |
|--|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ag Hbs | <input type="checkbox"/> AC anti TPO | <input type="checkbox"/> HLV |
| <input type="checkbox"/> Ac Hbs | | <input type="checkbox"/> ACE |
| <input type="checkbox"/> Ag Hbe | | <input type="checkbox"/> AFP |
| <input type="checkbox"/> Ac Hbe | | <input type="checkbox"/> PSAT |
| <input type="checkbox"/> Anti Hbc (Total, IgM) | | <input type="checkbox"/> CA15-3 |
| <input type="checkbox"/> Anti HCV | | <input type="checkbox"/> CA 19-9 |
| <input type="checkbox"/> Anti HAV (Total, IgM) | | <input type="checkbox"/> CA 125 |
| <input type="checkbox"/> AC anti TG | | <input type="checkbox"/> PSAL |

HORMONOLOGIE

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TSHus | <input type="checkbox"/> Pro BNP |
| <input type="checkbox"/> T4L | <input type="checkbox"/> BHCG |
| <input type="checkbox"/> T3L | <input type="checkbox"/> PTH |
| DIVERS | |
| <input type="checkbox"/> Troponine | |
| <input type="checkbox"/> Cortisol | |
| <input type="checkbox"/> Pro caleitonine | |
| <input type="checkbox"/> Vitamine D | |

HEMATOLOGIE

CYTODEGIE - TRANSFUSION

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> NFS + Plaquettes | <input type="checkbox"/> Compatibilité directe (Cross Match) |
| <input type="checkbox"/> VS | |
| <input type="checkbox"/> Groupage | <input type="checkbox"/> TP / INR |
| <input type="checkbox"/> Coombs direct | <input type="checkbox"/> TCK |
| <input type="checkbox"/> Coombs indirect | <input type="checkbox"/> Fibrinogène |
| <input type="checkbox"/> D-Dimères | |

SEROLOGIE

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CRP | <input type="checkbox"/> TPHA |
| <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> TOXO IgG |
| <input type="checkbox"/> Waaler Rose | <input type="checkbox"/> Rubéole IgG |
| <input type="checkbox"/> ASLO | |
| <input type="checkbox"/> Ac Anti DNA | |
| <input type="checkbox"/> Ac Anti Nucléaires | |
| <input type="checkbox"/> VDRL | |

BACTERIOLOGIE

GERMES BANAUX

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ECBU | <input type="checkbox"/> Hémoculture |
| <input type="checkbox"/> P.Pus | <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 (hemoccult) |
| <input type="checkbox"/> P-Tracheobronchique | |
| <input type="checkbox"/> LCR | |
| <input type="checkbox"/> Ascite | |

RENSEIGNEMENTS CLINIQUE

Date :

Service : *URG*

IPP : Nom & Prénom : *Benjellal Bouchair*

*Dr. MOUTAZAKI KWIRWIDAT
MEDICIN GENERALISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI*





N° IPP : 623444 N° SEJOUR : 230019208

FACTURE N° 2304001683

DATE D'ENTREE : 16/05/2023 DATE DE SORTIE : 16/05/2023

ASSURE :

MALADE : BENOUALA,Bouchaib

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5004 LABORATOIRE

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 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 DE TOTAUX : 66.00 66.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SOIXANTE SIX DHS

PLAFOND PC :

REMISE : 0.00 REGLE : 66.00 ACOMPTE :

RESTE DU : 0.00 AVOIR :

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

