

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

M23- N° 0044107

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6744

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RIFFI Amale

Date de naissance :

01/01/1963

Adresse :

4 Rue Taounate CASA

Tél. :

0661391716

Total des frais engagés : 1999,59 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DAGOUNER JANAL Age:

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 : CASABLANCA

Le 15/01/24

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

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

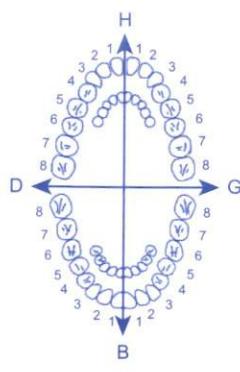
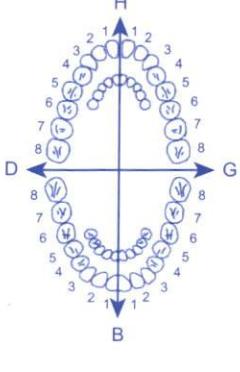
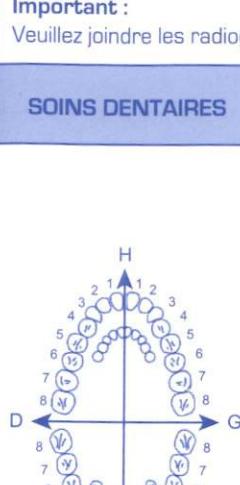
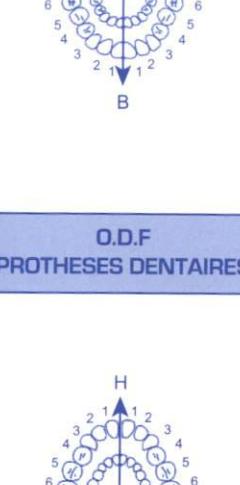
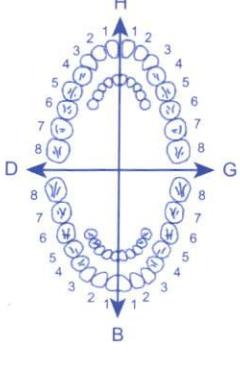
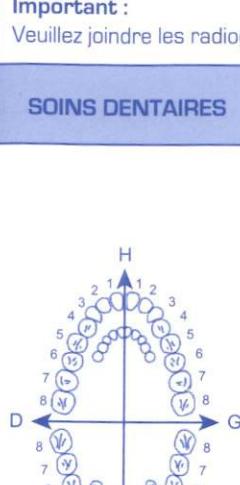
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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



BULLETIN DE SORTIE

0000782617 2 01/01/1959

ZOURIR

AVAL MUPRAS

123003221

26/10/2023

N° d'entrée :

Service :



Le 28/10/27

Mr DRAOUICH Nasser

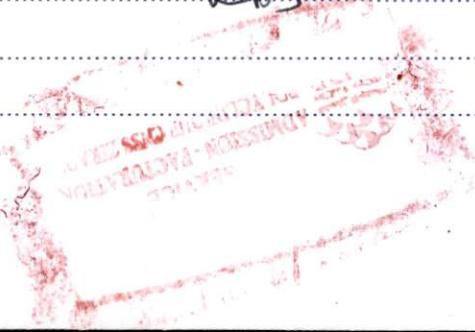
Hospitalisé (e) du 26/10/27 au 28/10/27
pour (diagnostic) infectie urinaire

Traitements

antibiothérapie

Observation du médecin

LDS



SERVICE ADMISSION
FACTURATION
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

Le Médecin traitant

Dr. EL MOUDI MOUNSIF
Chirurgien Urologue
NIP: 091025262

bat PREMIER 26/10.

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

01/01/1959

0000782617 2

DAOUMER

JAMAL MUPRAS

123003221

26/10/2023

CHIRURGIE

SALLE LIT

NOM DU MALADE

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

troubles minimaux du
des appareil corporel
de RM

Examen demande

echographie
veine - prostatique
et testiculaire

Le médecin traitant

DR EL MOUZZAHIR MOUNSIF

Chirurgien Urologue

RAPIDE 91028262 NON URGENT

Z =

PC =

K =

URGENT

Biffer les mentions intuiles

Total clichés =

Total posés =

ACCUEIL > MES PRESTATIONS > ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

N° Immatriculation
106229761Nom et prénom
DAOUMER JAMALDate de naissance
25/05/1959CNI/Passeport/S^e
B152164

Assurance maladie obligatoire

N° dossier	Type de dossier	Date de dépôt	Agence de dépôt	Date des soins	Montant des soins (MAD)	Bénéficiaire
880319242	Demande de prise en charge	15/11/2023	SIEGE	23/11/2023	6500	DAOUMER JAMAL
128712433	Demande de remboursement du prestataire	12/12/2023	RABAT YACOUB AL MANSOUR	23/11/2023	6500	DAOUMER JAMAL
91084732	Dossier de remboursement	26/12/2023	ZIRAOUI	28/10/2023	1999,59	DAOUMER JAMAL

< < 2023 > >



Accueil



Ma carrière

N° Immatriculation
106229761

Ma famille



Mes cotisations



Mes prestations



Mes droits



Mes simulations



Mes attestations



Mes demandes



Mes téléchargements



Mes coordonnées



ACCUEIL > MES PRESTATIONS > ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Nom et prénom
DAOUMER JAMALDate de naissance
25/05/1959CNI/Passeport/Séjour
B152164

Assurance maladie obligatoire

DÉTAIL AMO

Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
91084732	945	ACCORDE	05/01/2024		Virement assuré



Fermer

	Bénéficiaire	Détail
500	DAOUMER JAMAL	
500	DAOUMER JAMAL	
9,59	DAOUMER JAMAL	

0000782617 2 01/01/1959

ADIMER
ANNE MUPRAS
123003221
URGENCE
N° de file : 111

26/10/2023

**DTE CONFIDENTIELLE
J MEDECIN TRAITANT**

... ne vous protéger

1) Date de la constatation de l'état de malade :

2) Renseignements cliniques sommaires :

Né en Tunisie
d'une → Sarcome visuel

3) Traitement envisagé et actes :

Néphrectomie endoscopique

L202 ⇒ k120

2) Durée prévisible du traitement :

03 jours

A CASA LE 22/10/23

Signature

DR. EL MOUZDAHRI MOUSTAPHA
Chirurgien Urologue
INP: 091025202



مصحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ NOTRE PRIORITÉ

ZIRAOUI



0000782617 2 01/01/1959
DAOUMER
JAMAL MUPRAS
123003221 26/10/2023
CHIRURGIE
SALLE LIT

- patient hospitalisé pour infection urinaire consécutive au pénétration d'une aiguille d'urine.
- cat : bilan bactériologique
- faire urine urinaire
- signe d'infection urinaire
- mettre sur antibiothérapie :
Tazkon 2g par jour 48h
- relai par voie oral.

Dr. El Mousaddik Mouatjif
Chirurgien Urologue
INP. 091025262

POLYCLINIQUE DE LA SECURITE SOCIALE	ESTIMATION D'UN COUT D'UNE HOSPITALISATION	Direction Administration Bureau des admissions
-------------------------------------	---	--

Nom du médecin traitant	Dr EL AouezDahir Mousif
Nom du malade	DAowler Jamal
Date de la consultation	26 - 10 - 2023
Service d'orientation	
Motif d'hospitalisation	Voir le pli confidentiel

Frais de séjour	NOMBRE DE JOURS	P.U	ESTIMATION
Durée prévisible			
Sejour normal	2 J	550	1100,00
Soins intensifs			
Réanimation			
Nature des prestations	COTATION	P.U	ESTIMATION
ACTES MEDICAUX			
ACTES CHIRURGICAUX			
ANESTHESIE			
SALLE D'OPERATION			
BIOLOGIE		1,10	550,00
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	ECHOGR		200,00
PHARMACIE			149,59,00
SANG ET DERIVES			
ESTIMATION TOTALE			1999,59

N.B: Cet estimation n'est fournie qu'à titre indicatif et est susceptible de modifications

DECOMPTE LABORATOIRE**N° de séjour** 123003221**Nom****DAOUMER****Prénom****JAMAL MUPRAS**

CODE	LIBELLE	ACTE	COEF	NBR	PRIX	TOTAL
HEM00005	Numération Formule (Globules rouges)	B	80.00	1	1.10	88.00
BAC00001	Cytologie, culture, identification	B	90.00	1	1.10	99.00
HEM00024	Taux de prothrombine	B	40.00	1	1.10	44.00
HEM00017	Groupe ABO et Rhésus	B	60.00	1	1.10	66.00
BIO00012	Créatinine	B	30.00	1	1.10	33.00
ENZ00011	Transaminases O (TGO)	B	50.00	1	1.10	55.00
BIO00019	Glycémie	B	30.00	1	1.10	33.00
BIO00036	Urée	B	30.00	1	1.10	33.00
ENZ00012	Transaminases P (TGP)	B	50.00	1	1.10	55.00
HEM00027	Temps de céphaline kaolin (TCK)	B	40.00	1	1.10	44.00
TOTAL			500.00			550.00



DECOMPTE**N° de séjour :** 123003221**UF de présence :** 1015 CHIRURGIE**N° de séance :** 202310260326**UF demandeur :** 1015 CHIRURGIE**Date et heure :** 26/10/2023 03:08**Intervenant :** POLY POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI**N° IPP :** 0000782617 DAOUMER, Jamal Mupras**Né(e) le :** 01/01/1959

UF	INTERVENANT	CDAM/TARIF	LET.CLE	TARIF	COEFF	COEF.T	MONTANT
5003	DR ELHASNAOUI	ECHOGRAPHIE	ECHOGR	200.00	1.00	1.00	200.00

Total : 200.00

DECOMPTE PHARMACIE FORFAIT

TOTAL

N° de séjour 123003221

Nom DAOUMER
Prénom JAMAL MUPRAS

CODE	LIBELLE	NOMBRE	PRIX	TOTAL
C301	CEFOTAXIME ISIO 1G	2.00	40.30	80.60
G040	GLUCOSE 5% SOL PERF 500 ML	1.00	13.10	13.10
O087	OMIZ 20 MG, GÉLULES	1.00	1.81	1.81
P067	PROFENID 2 ML 1 AMP INJECT IM	2.00	5.62	11.24
P304	P304PARACETAMOL NORMON 10MG/ML SOLUTIO	2.00	15.02	30.04
S222	CHLORURE DE SODIUM 0.9% PRF 500ML	1.00	12.80	12.80
TOTAL				149.59

SERVICE ADMISSION
FACTURATION
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

401

LABO CNSS ZIRAOUI

ID = DAOUMER JAMAL

ID2 =

SEQ = 3928

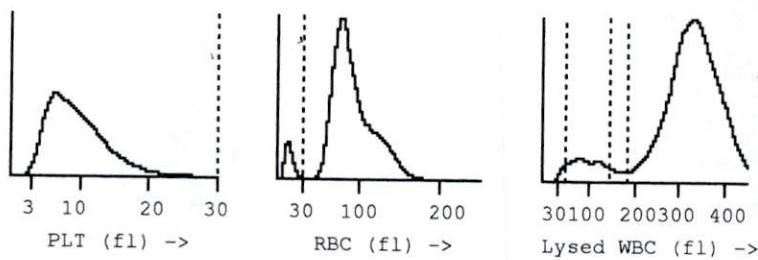
BLOOD OT

DATE= 26/10/2023

TIME= 08:25:10

Normal ranges

WBC = H 14.6	$10^9/l$	3.5 : 10.0
RBC = 4.31	$10^{12}/l$	3.50 : 5.50
HGB = 12.4HL	g/dl	11.5 : 16.5
HCT = 38.6	%	35.0 : 55.0
MCV = 89.6	fL	75.0 : 100.0
MCH = 28.8	pg	25.0 : 35.0
MCHC = 32.1	g/dl	31.0 : 38.0
PLT = 343	$10^9/l$	100 : 400
MPV = 9.8	fL	8.0 : 11.0
GRAN= H 13.1	$10^9/l$	1.2 : 8.0
LYM = 1.2	$10^9/l$	0.5 : 5.0
MID = 0.3	$10^9/l$	0.1 : 1.5
GRA% = H 89.6	%	35.0 : 80.0
MID% = 2.2	%	2.0 : 15.0
LYM% = L 8.2	%	15.0 : 50.0
LYM = 1.2	$10^9/l$	0.5 : 5.0



DR. ABBoud SOUHEIR NAIMAT
MEDICAL SPECIALIST
DEPARTMENT OF MEDICAL
PROFESSIONALS IN MEDICAL

Casablanca, le 26/10/2023

NOM ET PRENOM

DAOUMER JAMAL

SERVICE

CHIR

HEMOSTASE

	Témoin	Patient	%	INR	Valeurs normales
Taux de prothrombine	10s à 14	12,6s	93%	1,05	70 à 100%
Temps de céphaline activée	25 à 38s	28s			

DR. ABBOUR SOUHEIR NAIMAT
MEDICIN PHYSILOGISTE
POLYCLINIQUE ADDAMAN ZIRAOUI

Service Laboratoire

Nom du patient:

ID patient: DAOUMER JAMAL

Dte Naiss.:

Age:

Sexe:

Observations:

Techniques	Type	Résultat	Unité	AVIS	Plages de réf.	Date
Glycémie à jeun	SER	0,90	g/L		0,70 - 1,10	26/10/2023 08:23
UREE	SER	0,20	g/L		0,15 - 0,45	26/10/2023 08:20
CREATININE	SER	9	mg/L		7 - 14	26/10/2023 08:20
AST-GOT	SER	16	U/L		0 - 41	26/10/2023 08:23
ALT-GPT	SER	8	U/L		0 - 41	26/10/2023 08:23



DR. ABDOU SOUHEIR NAIMAT
MÉDECIN BIOLOGISTE
POLYCLINIQUE ADDAMAN ZIRAOUI



Casablanca, le 27/10/2023

NOM ET PRENOM DAOUMER JAMAL
SERVICE CHIR

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES
Prélèvement Le 26/10/2023

Examen Macroscopique.

Aspect : LEGEREMENT TROUBLE

Couleur : JAUNE

Culot : MOYEN

Examen Direct (Cytologie).

Cellules Epithéliales : RARES

Leucocytes : ASSEZ NOMBREUX

Hématies : ASSEZ NOMBREUX

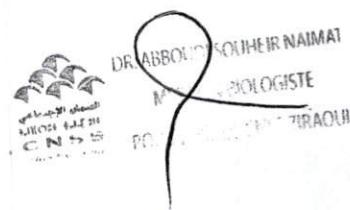
Cylindres : ABSENCE

Cristaux : ABSENCE

Coloration de Gram : NEGATIF

Numération de Germes : < 10⁵

Culture sur Milieux Usuels et Spécifiques : NEGATIVE



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

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

COMPTE RENDU

Casablanca, le 26/10/2023

NOM : Mr DAOUMER JAMAL

MEDECIN DEMANDEUR : Dr .

EXAMEN : Echographie rénale et vésicale.

Echographie rénale :

- Reins de taille et de situation normales, de contours réguliers, avec une bonne couverture parenchymateuse et sans dilatation des cavités rénales ni obstacle lithiasique visible.

Echographie vésicale :

- Vessie de lutte multi diverticulaire et à contenu finement échogène évoquant une infection urinaire associée.
- Prostate augmentée de taille et hétérogène son poids est estimé à 76g.
- Cul de sac de Douglas libre.
- Résidu post-mictionnel non mesuré, malade sondé.

Dr K. EL HASNAQUI



مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

ZIRAOUI

GROUPE SANGUIN ET FACTEUR RHESUS

CARTE DE GROUPE(Receveur)

PREMIERE DETERMINATION Nom et adresse du Laboratoire

Photo

Médecin prescripteur :

N° et date
d'examen

Détermination ABO

Détermination Rh

Vignette

REF

A/A

POS/POS

CHIR

DAOUMER JAMAL

Attention : les résultats figurant ci-dessus ne doivent être considérés comme définitifs qu'après une deuxième détermination effectuée sur un second prélèvement(Circ.Minist du 15-12-65)

DEUXIEME DETERMINATION Nom et adresse du Laboratoire

Médecin

N° et date
d'examen

Détermination ABO

Détermination Rh

Vignette

Nom Prénom



DR. ANBAUDI SOUHEIR NAIMAT

MÉDECIN BIOLOGISTE

POLYCLINIQUE ADDAMAN

SAR PREMIER

26/10

Nom du service médical
demandeur code

0000782617 2

01/01/1959

DAOUMER
JAMAL MUPRAS
123003221
CHIRURGIE
SALLE LIT

26/10/2023

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

NOM DU MALADE

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique	Examen demandé
<p>troubles urinaires due au appareil urinaire de R&M</p>	<p>echographie uro -urographie et renale</p>
Z =	<p>URGENT RAPIDE NON URGENT</p>
PC =	Cathartique
K =	Urologue
<p>Biffer les mentions intuiles</p> <p>Total clichés = Total posés =</p>	

RUE AKNOURI BD. ZIRAOUI BOURGOGNE - CASABLANCA
160000 - IE - 1602058 - CNSS : 1793307



BULLETIN DE SORTIE

0000782617 2 01/01/1959

COUMER
ABDAL MUPRAS
123003221
ZIRAOUI
ZIRAOUI

26/10/2023

مصحة
POLYCLINIQUE



Le 28/10/17

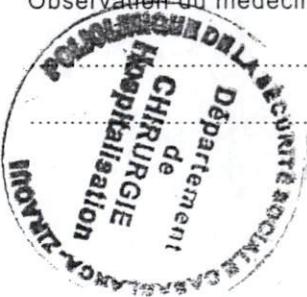
Mr DIAWALI M. ramal

Hospitalisé (e) du 26/10/17 au 28/10/17

pour (diagnostic) Spécie: urinaire

Traitements antibiothérapie

Observation du médecin LOS



STATION DE
RECEPTION
ET DE
FACULTATION
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

Le Médecin traitant

Dr. EL MOUZBI MOUNSIF
Chirurgien Urologue
NIP: 091025262



N° IPP : 782617 N° SEJOUR : 123003221

FACTURE N° 2301009706

DATE D'ENTREE : 26/10/2023 DATE DE SORTIE : 28/10/2023

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : DAOUMER,Jamal Mupras

DAOUMER,Jamal Mupras

NOM JEUNE FILLE :

4 RUE TAOUNATE ETG 2 APT 5 CASA

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

CASABLANCA CENTRE DE TRI

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 CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE										
HOSPITALISATION EN MEDECINE	SEJMED	2.00	550.00	1100.00					0.00	1100.00
ACTES DE BIOLOGIE										
ACTES DE BIOLOGIE	BDEP	500.00	1.10	550.00					0.00	550.00
ACTES DE RADIOLOGIE										
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				149.59					0.00	149.59

Total à reporter

1999.59

0.00

0.00

1999.59

N° IPP : 782617	N° SEJOUR : 123003221	FACTURE N° 2301009706				DATE D'ENTREE: 26/10/2023 DATE DE SORTIE: 28/10/2023			
-----------------	-----------------------	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				1999.59		0.00		0.00		1999.59

TOTaux :					1999.59					1999.59										
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE NEUF CENT QUATRE-VINGT DIX-NEUF DHS ET CINQUANTE NEUF CENT MES					PLAFOND PC :				ACOMPTE:											
					REMISE :	0.00	REGLE :	1999.59	AVOIR :											
					RESTE DU:	0.00														
DATE FACTURE : 30/10/2023	EDITEE LE 25/12/2023	PAR: HOU MAD	<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																			