

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0033276

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2562 Société : RAD 82621

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHITTI Boudia B

Date de naissance : 01/01/1936

Adresse : Lot Nabouka NR 02 Sidi Ma Rouf CASA

Tél. : 0663 39 33 69 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

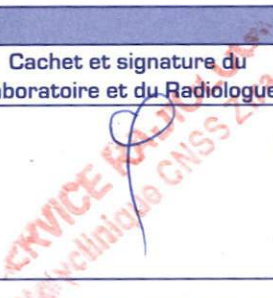
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/08/11	700	1500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

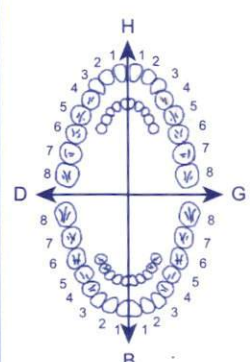
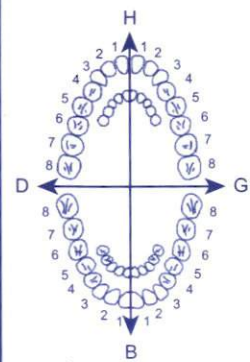
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis

مصحة جرادة الوازيس

OK

Casablanca, le 26/08/2024

Mr CHEMITI Zouchaib

- Age = 85 ans

- ATLAS = HBP - HTA.

- Le = Sexe masculin.

Sex = 80%.

→ TDM thoracique.

POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
CASABLANCA - ZIRAOUA
Frais pris en charge

SERVICE RADIOLOGIE
Polyclinique CNSS Ziraoua

Dr NACIRIA
SOS Médecin Casablanca



N° IPP : 723412		N° SEJOUR : 210011008		FACTURE N° 2103003675		DATE D'ENTREE : 28/08/2021		DATE DE SORTIE : 28/08/2021			
ASSURE :				DESTINATAIRE : CHEMITI,Bouchaib							
MALADE : CHEMITI,Bouchaib											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				UF: 5003 RADIOLOGIE							
REF. PC 1 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
				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 RADIOLOGIE											
TDM (y compris le produit de contraste		TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00

Intervenant : 51213 DR BENBRAHIM ABDELILAH RADIOLOGUE		TOTAUX :		1000.00						1000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :		
				RESTE DU:	1000.00					
DATE FACTURE : 28/08/2021				EDITEE LE : 28/08/2021		PAR: SAMIRA		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :				
				Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU				
				BANQUE :		B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA				
				N° compte bancaire :		011 780 00 00 43 210 00 60050 54				

SERVICE MEDICAL
 CASABLANCA - ZIRAOU
 LE 28/08/2021

Casablanca, le 28/8/2021

NOM : Mr EL CHEMITI BOUCHAIB

MEDECIN DEMANDEUR : Dr

EXAMEN : Scanner thoracique.

TECHNIQUE :

- Coupes axiales de 5 mm d'épaisseur, en acquisition spiralée, reconstruites toutes les 2.5 mm, sans injection de contraste IV.
- Fenêtres médiastinales et parenchymateuses.

RESULTAT :

- Foyers de condensations alvéolaires comportant des broncho grammes aérique en péri hilaires (aile en papillon), apicale et basal bilatéral.
- Epanchement pleural bilatéral.
- Absence de foyer en verre dépoli décelable.
- cardiomégalie

CONCLUSION :

- Aspect évoquant un œdème aigu du poumon (OAP).
→ A confronter au bilan cardiaque et à la PCR (+++).

Dr A. BENBRAHIM

SERVICE RADIOLOGIE
Polyclinique CNSS Ziraoui