

# 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

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

N° P19- 052361

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique 52549 ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4543 Société : Retraite CRM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KHAOUA Bouleib  
Date de naissance : 12-05-1960  
Adresse : 210 Bd AL Joulane EL MIA  
Tél. : 06 74 37 00 77 Total des frais engagés : 480 Dhs

### Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : [Stamp: Fatima ZAHRA ENASSNI Médecin Généraliste POLYCLINIQUE EL MIA INRA]  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Abces buccaux  
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 : 21-12-20 Le : 21-12-20  
Signature de l'adhérent(e) : Bouleib



# 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
18.12.2022	C		800DH	


# 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
	18.12.2022	ECHOG XL	400,00 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

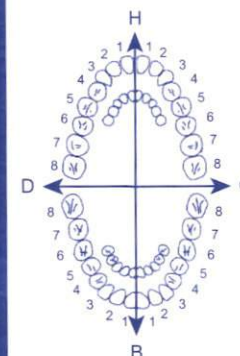
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

# 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

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000 G

35533411 11433553

B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

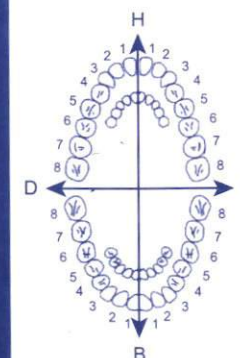
MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة  
ORDONNANCE

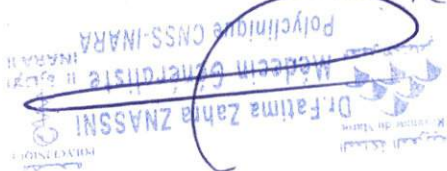


le 18/12/2010

Khaoudi Boucharb

Trois testicules  
avec séparation  
en regard

=> echo testicules  
+ RPM. + testic.



**SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE**  
Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler  
**COMPTE RENDU**

**DATE 18/12/20**

**NOM & PRENOM : KHAUDI BOUCHAIB**  
**MEDCIN TRAITANT :**  
**EXAMEN : ECHO VESICO-PROSTATIQUE**

Vessie pleine à contenu transonore et aparoï épaissie et  
irrégulière mesurant (7 mm) par endroit (cystite  
chronique)

Prostate légèrement augmentée de volume mesure  
46.8 x 35.2 x 34.5mm soit 30g avec légère hypertrophie  
du lobe médian

RPM=285 ml

Dr. ADABLAicha  
Radiologue



## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

### COMPTE RENDU

DATE : 18/12/20

NOM & PRENOM : KHAOUDI BOUCHAIB

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : ECHOGRAPHIE TESTICULAIRE

Les deux testicules sont en places dans leurs bourses de taille normale homogène et de contours réguliers.

Aspect échographique normale des têtes epididymaires

Lame liquidienne des albuginés sans hydrocèle.

Présence d'une formation tissulaire légèrement échogène ovulaire, bien limitée sous cutanée scrotale, non vascularisée mesurant 21.4x 12.2mm, associée à un épaissement hypervascularisé du tissu cutané adjacent.

#### CONCLUSION :

Testicules normaux

Absence de collection intra-scrotale

Aspect pouvant être avec un lipome surinfecté sous cutané scrotal ?  
une autre origine ne peut être éliminée.

DR

Dr. ADABI Aïcha  
Radiologue

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA  
 Bd El-Qods Cité Inara 20150 CAŞABLANÇA  
 Tél : 0522-21-30-90 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06  
 RDV : 0522-50-45-13  
 INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 858233		N° SEJOUR : 200033919		<b>FACTURE N° 2005010449</b>		DATE D'ENTREE : 18/12/2020		DATE DE SORTIE : 18/12/2020			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>KHAOUDI,Bouchaib</b>					
MALADE : KHAOUDI,Bouchaib											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
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
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE GENERALISTE		C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
Intervenant : 10666 DR ZNASSNI FATIMA ZAHRA					TOTAUX :	80.00					80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
					REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :		
					RESTE DU:	80.00					
DATE FACTURE : 18/12/2020					EDITEE LE : 18/12/2020		PAR: ZARIA		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA					N° DE POLICE :		DATE AT :				
					Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA				
					BANQUE :		BMCE - INARA				
					N° compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91				

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA  
 Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA  
 Tél : 0522-21-30-90 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06  
 RDV : 0522-50-45-13  
 INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 858224		N° SEJOUR : 200033910		<b>FACTURE N° 2003012333</b>		DATE D'ENTREE : 18/12/2020		DATE DE SORTIE : 18/12/2020	
ASSURE :						DESTINATAIRE : <b>KHAOUDI, Bouchaib</b>			
MALADE : KHAOUDI, Bouchaib		UF: 5003 RADIOLOGIE							
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
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>										
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 46208 DR ADABI AICHA	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU:	200.00						

DATE FACTURE : 18/12/2020	EDITEE LE : 18/12/2020	PAR: SARA	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
VISA			N° DE POLICE : DATE AT :					
			Réglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA					
			BANQUE : BMCE - INARA					
			N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91					



POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA  
Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA  
Tél : 0522-21-90-90 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06  
RDV : 0522-50-45-13  
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 858224		N° SEJOUR : 200033910		<b>FACTURE N° 2003012332</b>		DATE D'ENTREE : 18/12/2020		DATE DE SORTIE : 18/12/2020					
ASSURE :				<b>DESTINATAIRE : KHAOUDI,Bouchaib</b>									
MALADE : KHAOUDI,Bouchaib													
NOM JEUNE FILLE :													
TIERS PAYANT 1 :													
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :									
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :									
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT			
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00		
Intervenant : 46208 DR ADABI AICHA				TOTAUX :		200.00				200.00			
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS					PLAFOND PC :				ACOMPTE:				
					REMISE :		0.00		REGLE :		AVOIR :		
					RESTE DU:		200.00						
DATE FACTURE : 18/12/2020					ACCIDENT DE TRAVAIL :								
EDITEE LE : 18/12/2020					N° DE POLICE :								
PAR: SARA					DATE AT :								
VISA					Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA								
					BANQUE : BMCE - INARA								
					N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91								