

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0036880

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1379 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELIDRISSI LATIFA

Date de naissance : 17/4/136

Adresse : habituelle

Tél : 0613700700 Total des frais engagés : 2151,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/08/2023

Nom et prénom du malade : EP Idriissi Latifa Age :

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

Nature de la maladie : Affection

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 : 22/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : 24-8-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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

22/08/23 24/08/23 DOCTEUR AZIZ AMINE TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE VACATAIRE POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

24/08/23 2001,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

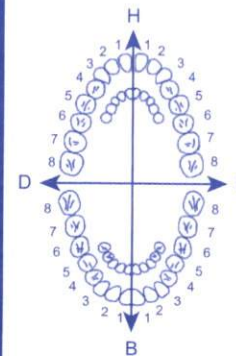
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B

[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



le 24/08/2023

El Solissi Latifa

1) Fosavance Cp  
193,60 x 6 1 Cp/jour 28 jours

2) Fleximax Cp  
280,00 x 3 1 Cp x 2 28 jours

2001,60

PHARMACIE AL OUARD  
S. CHALAK Haj Nasser  
Docteur en Pharmacie  
55 Av. Oues Sedou - El Oulfa  
Tel/Fax: 05 22 22 90 53 45  
Casablanca  
001541468000057

LOT: 2307010  
FAB: 07/2023  
EXP: 07/2026  
PUC: 280.000H



Le 24.1.2023

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

| A remplir par le praticien                   |  |
|--|--|
| Je soussigné:                                | DOCTEUR AZIZ AMINE<br>TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE<br>VACATAIRE<br>POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI |
| Certifie que Mlle, Mme, M :                  | El Edoua Latif   |
| Présente                                     | Arthrose + ostéoporose   |
| Nécessitant un traitement d'une durée de:    | 26 (26 mois)   |
|  | - Fosavance (ou équivalent)  |
|  | - Flexipap CP  |
| Dont ci-joint l'ordonnance:                  |  |
| (A défaut noter le traitement prescrit)..... |  |

(✓) : Valable 3 mois et 6 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

DOCTEUR AZIZ AMINE  
TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE  
VACATAIRE  
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI



5

|                                  |  |                       |               |  |        |                            |         |                             |         |                |         |
|----------------------------------|--|-----------------------|---------------|--|--------|----------------------------|---------|-----------------------------|---------|----------------|---------|
| N° IPP : 777254                  |  | N° SEJOUR : 230032844 |               | <b>FACTURE N° 2302010484</b>                     |        | DATE D'ENTREE : 22/08/2023 |         | DATE DE SORTIE : 22/08/2023 |         |                |         |
| ASSURE :                         |  |                       |               | DESTINATAIRE :<br><b>EL IDRISSI LARBI,Latifa</b> |        |                            |         |                             |         |                |         |
| MALADE : EL IDRISSI LARBI,Latifa |  |                       |               |  |        |                            |         |                             |         |                |         |
| NOM JEUNE FILLE :                |  |                       |               |  |        |                            |         |                             |         |                |         |
| TIERS PAYANT 1 :                 |  |                       |               |  |        |                            |         |                             |         |                |         |
| TIERS PAYANT 2 :                 |  |                       |               | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI           |        |                            |         |                             |         |                |         |
| 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 |
| <b>ACTES COTES EN C</b>          |  |                       |               |  |        |                            |         |                             |         |                |         |
| CONSULTATION DE SPECIALISTE      |  | Cs                    | 1.00          | 150.00   | 150.00 |                            |         |                             |         | 0.00           | 150.00  |

|   |  |                        |  |              |  |                                      |         |                                  |        |          |         |  |
|---|--|------------------------|--|--------------|--|--------------------------------------|---------|----------------------------------|--------|----------|---------|--|
| Intervenant : 52018 DR AZIZ AMINE ORTHOPEDISTE TRAUMATO           |  | TOTAUX :               |  | 150.00       |  |                                      |         |                                  |        | 150.00   |         |  |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>CENT CINQUANTE DHS |  |                        |  | PLAFOND PC : |  |                                      |         |                                  |        | ACOMPTE: |         |  |
|   |  |                        |  | REMISE :     |  | 0.00                                 | REGLE : |                                  | 150.00 |          | AVOIR : |  |
|   |  |                        |  | RESTE DU:    |  | 0.00                                 |         |                                  |        |          |         |  |
| DATE FACTURE : 22/08/2023   |  | EDITEE LE : 22/08/2023 |  | PAR: R8658   |  | ACCIDENT DE TRAVAIL :                |         |                                  |        |          |         |  |
| VISA  |  |                        |  |              |  | N° DE POLICE :                       |         | DATE AT :                        |        |          |         |  |
|   |  |                        |  |              |  | Règlement 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 |        |          |         |  |

*Caisse des Urgences  
 Polyclinique CNSS Ziraoui*