

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1379**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL IDRISI LATIFA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0613700700**

Total des frais engagés : **1790,00 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **18/01/2024**

Nom et prénom du malade : **EP Idrissi Latifa** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **ARTHROSIS**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

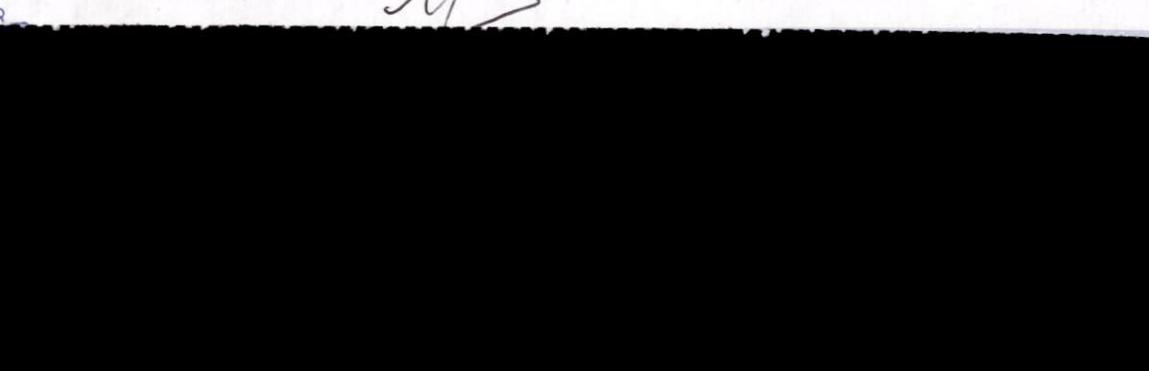
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **18/01/2024**



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
18/01/24	ZIRAOUI	100	150,00	DOCTEUR ZIRAOUI TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE VACATAIRE POLYCLINIQUE CHNNS ZIRAOUI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZIRAOUI S. Docteur Ziraoui 55-1er étage CASA 24/24 Tél: 02154145800005	18/01/24	1790,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

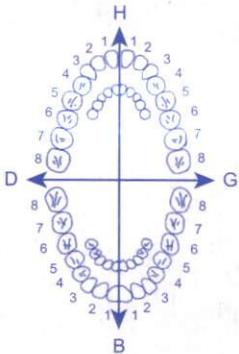
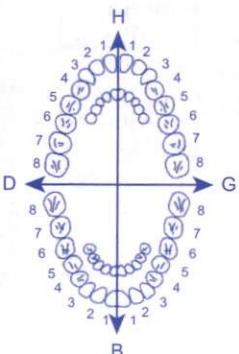
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	
D	00000000	21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	00000000			DATE DU DEVIS
	35533411			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



POLYCLINIQUE C.N.S.S -
ZIRAOUI
BD ZIRAOUI, ANG RUE
GENERAL HENRYS RUE ABOU
AI ABBAS, CASABLANCA 20250
05 22 20 38 56, 05 22 22 05 90,05
22 29 88 54

ORDONNANCE MEDICALE

IPP: 2400002273



N° dossier: Traumato_118/2024

Nom et prénom du patient: EL IDRISI LARABI LATIFA

Date naissance: 27/08/1950 (73 ans)

60,00

AZ 500 mg

193,60
x5

1 cp 1 fois par Jour(s) pendant 3 Jour(s)

199,00

FOSAVANCE 70 / 5600 mg/Ui comprime

1 cp 1 fois par Semaine(s) pendant 6 Mois

NOCICEPTOL gel

1 App 2 fois par Jour(s) pendant 10 Jour(s)

188,00
+3

piasclédine cp 1 cp 1 fois par Jour(s) pendant 3 Mois

Edité le: 18/01/2024 15:31

Signature

P P V 188.00 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

P P V 188.00 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

P P V 188.00 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

LOT P.V.C: 198.00DH

C256
2025-11

ADGLETN01 - REV: 2022/09/E

70058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ
DISTRIBUE PAR M&D MAROC BP: 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

6118001160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUE PAR M&D MAROC BP: 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

6118001160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUE PAR M&D MAROC BP: 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

6118001160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUE PAR M&D MAROC BP: 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

AZ 500 mg
Autre médicament
Boîte de 30 comprimés

WK 3259-850
3 401020 354451

70058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ
DISTRIBUE PAR M&D MAROC BP: 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

6118001160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUE PAR M&D MAROC BP: 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

6118001160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUE PAR M&D MAROC BP: 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

6118001160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUE PAR M&D MAROC BP: 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

Le 18.01.2024

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
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

Certifie que M^{me}, M^{me}, M^{me}: El Edrisi Laifa

Présente

Arthur et Séraphine

Nécessitant un traitement d'une durée de: 06 mois

06 (six) mois

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois

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

DOCTEUR AZIZ AMINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI



POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI
BD ZIRAOUI, ANG RUE GENERAL HENRYS RUE ABOU AI ABBAS,
CASABLANCA 20250.

05 22 20 38 56, 05 22 22 05 90,05 22 29 88 54 .

05 22 22 29 91.

INPE : 090001553

ICE : 001757364000080

IF: 1602058

FACTURE N° :F240203045/P

N° classement : PAYANT - 2773



090001553

DATE FACTURE : 18-01-2024

Identification patient

N° IPP : 2400002273

Nom et prénom : EL IDRISI LARABI LATIFA

N° d'admission : S240201353

Information

Date d'entrée : 18/01/2024 13:05
Organisme 1 : PAYANT (Payant)
Service d'entrée : TRAUMATOLOGIE

Date de sortie : 18/01/2024 13:06
N° immatriculation 2 :
Medecin Traitant : Dr. AZIZ AMINE
Service de sortie : TRAUMATOLOGIE

Nature de Prestation	Intervenant	Lettre Clé	Quantité	PU	Taux Pec	Prix Total
ACTES COTES EN C : CONSULTATION DE SPECIALISTE	52018	Cs	1	150,00	0,00	150.00
TOTAL						150,00 Dhs

Nature de Prestation	Tiers payant 1		Tiers payant 2		Part du patient	
	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH
Cs	0,00	0,00	0,00	0,00	150,00	100,00
TOTAL	0,00 Dhs	0,00	0,00 Dhs	0,00	150,00 Dhs	100,00

Montant dû :	150,00 Dhs
Avances :	0,00
Montant Réglé :	150,00
Reste du :	0,00
Avoir :	0,00

Arrêtée la présente facture de la part patient à la somme de :	cent cinquante Dirhams	150,00 Dhs
-------------------------------------------------------------------	------------------------	------------

EDITEE LE : 18 janv. 2024 à 13:07

PAR : ZAHI HALIMA

