

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.

Diologie 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.

Education :

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.

Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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- 0044115

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2176 Société : 32712

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAMS BOUCHIAB

Date de naissance :

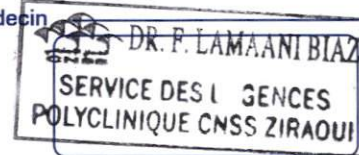
Adresse :

Tél. : 15.11.2020 Dhs

Total des frais engagés :

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 : cardiopathie

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) :

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
06/07/20	POLYCLINIQUE DE LA SECURITE SOCIALE CASABLANCA - ZIRAOU	1209,90	Frais pris en charge	

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
	06/07/20	POLYCLINIQUE DE LA SECURITE SOCIALE CASABLANCA - ZIRAOU	1209,90

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

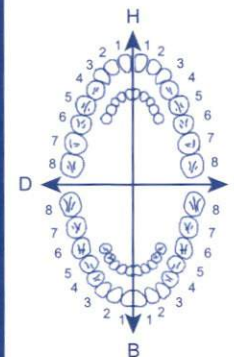
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan 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	G
00000000	00000000
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'EX



وصفة
ORDONNANCE



le 6 - 57 - 6020

Bouchaib RANI

Echographie abdominale

Abdomen abdominal +

Uterin +

Contre-pain sans effet

les gaz chg - patient

Opéré pour la Vénéréal

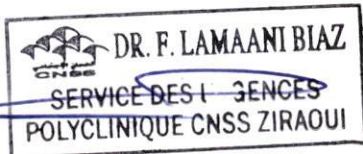
U 2019

+ Cordispathie ATC D DCI

POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE

CASABLANCA - ZIRAOU

Frais pris en charge



Polyclinique CNSS Ziraoui-Adresse BD.Ziraoui Bourgogne - Casablanca

Tél. n° : 05 22 20 38 56/57/59/60 - Fax n° : 05 22 22 29 91

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT



Nom : Rami Prénom : Boudib

1) Date de la constatation de l'état de malade : 6-1-2020

2) Renseignements cliniques sommaires :

Cardiopathie
hypertension
diabète

3) Traitement envisagé et actes :

ECG
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
CASABLANCA - ZIRAOU
Ensis pris en charge

2) Durée prévisible du traitement :

A Casa LE 6

Signature



POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI
Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA
Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	446946	N° SEJOUR :	200031442	FACTURE N° 2003043302		DATE D'ENTREE : 06/07/2020		DATE DE SORTIE : 06/07/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE :							
MALADE : RAMI BOUCHAIB				UF: 5003 RADIOLOGIE		RAMI BOUCHAIB					
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			LETTR	NOMBRE	PRIX	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
			CLE	x COEF	UNITAIRE	%		%		%	
						/ Dh		/ Dh		/ Dh	
						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ECHOGRAPHIE			ECHOGR	1.00	200.00	200.00				0.00 200.00	

Intervenant :	51213 DR BENBRAHIM ABDELILAH RADIOLOGUE	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
DEUX CENTS DHS			REMISE :	0.00	REGLE :	200.00		AVOIR :	
			RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 06/07/2020			EDITEE LE : 06/07/2020		PAR: SIBAI		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA							N° DE POLICE :		
							DATE AT :		
							Réglement 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		

POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
CASABLANCA - ZIRAOUI
Faisiez bien en 06/07/2020

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU
 Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 712628		N° SEJOUR : 200031441		FACTURE N° 2005045683		DATE D'ENTREE : 06/07/2020		DATE DE SORTIE : 06/07/2020			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : BOUCHAIB, Rami					
MALADE : BOUCHAIB, Rami											
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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
AUTRES ACTES COTES EN K Acte de Spécialité Médicale		K	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50
Intervenant : 10234 DR LAMAANI BIAZ FOUZIA GENERALISTE					TOTAUX :	112.50					112.50
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT DOUZE DHS ET CINQUANTE CENTIMES					PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
					REMISE :	0.00	REGLE :	112.50		AVOIR :	
					RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 06/07/2020		EDITEE-LE : 06/07/2020		PAR: SIBAI		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			