

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Médecine 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.

## Éducation :

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.

**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° P19-0027921

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1963	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AVILY AHMED
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 <b>Dr. Merouane ABOUCHANE</b> Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Polyclinique CNSS Sidi Bernoussi			
Date de consultation : 19/07/2021			
Nom et prénom du malade : AVILY AHMED			
Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Entrée de l'adulte			
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 : / /

AVILY

# 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
17/07/21	C	1	40,00	AZRIA Soufiane Médecin Interniste Hôpital Al Mansour Casablanca
19/07/21	C	2	150,00	Médecine de l'Orthopédie et de la Traumatologie

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DU MAROC PHARMACIE LOUARAK - Sidi Ben 17/07/21	19-07-21	150,00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
17/07/21 ZNS			150,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

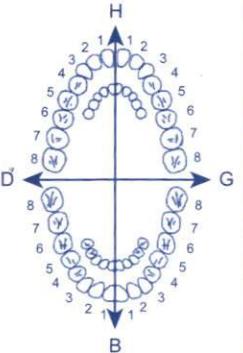
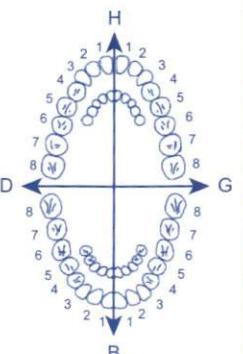
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 protèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	
	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
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 ..... 1914/12/22



Zehnert Habibe

22,2

Coolklyprine MP 2 33/2

52,8

Actimom 185/2

74,4

Noxle ram 33/2

149,40



Dr. Merouane ABOUCHANE  
Chirurgie Traumatologique  
Orthopédique  
Polyclinique CNSS Sidi Bernoussi

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72

**No-Flam®**

PVC : 74.40 DH

LOT: 01010324  
EXP: 03/2024



- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.  
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

### PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET  
AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS  
Notamment avec la buprénorphine, la naltrexone et la pentazocine.  
SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT.  
VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de l'acétylcystéine.  
Ne les associez pas afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.

### INSTRUCTIONS

PPV : 22DH20  
PER : 03/23  
LOT : K739





Royaume du Maroc  
Ministère de la santé  
Délégation à la préfecture  
des Arrondissements Sidi Bemoussi  
Centre Hospitalier préfectoral  
Hôpital Al Mansour



Casablanca, le : 11/07/2021

Service de :

N° d'Entrée :

## BILLET D'EXAMEN

Nom et Prénom du malade : Habiba Zekraoui

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	INTERPRETATION
<p>Rx de la cervelle gauche</p>	<p><i>[Handwritten signature over the stamp]</i></p> <p>SIDI BEMOUSSI POLYCLINIQUE C.N.S. Service Radiologie</p>

### LE MEDECIN TRAITANT

AZRIA Soufiane  
Médecin Interne  
Hôpital Al Mansour - Casablanca



N° IPP : 425873 N° SEJOUR : 210024439

## FACTURE N° 2104009202

DATE D'ENTREE : 17/07/2021

DATE DE SORTIE : 17/07/2021

ASSURE :

MALADE : ZAHRAOUI,Habiba

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

ZAHRAOUI,Habiba

NATURE DE PRESTATION

LETTRE  
CLENOMBRE  
x COEFPRIX  
UNITAIRE

TOTAL

TIERS PAYANT 1

% / Dh

MONTANT

TIERS PAYANT 2

% / Dh

MONTANT

PART DU MALADE

% / Dh

MONTANT

## ACTES DE RADIOLOGIE

ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE

Z

15.00

10.00

150.00

Intervenant : 146999 EQUIPE, RADIOLOGIE RADIOLOGIE

TOTaux :

150.00

150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE :

REMISE :

0.00

REGLE :

150.00

AVOIR :

DATE FACTURE : 17/07/2021

EDITEE LE : 17/07/2021

PAR: LAHBAR

ACCIDENT DE TRAVAIL:

VISA

N° DE POLICE :

DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de :

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

BANQUE :

BMCE - BERNOUSSI

N° compte bancaire :

01178000049210006006888



N° IPP : 425873 N° SEJOUR : 210024506

ASSURE :

MALADE : ZAHRAOUI, Habiba

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

## FACTURE N° 2102009702

DATE D'ENTREE : 19/07/2021

DATE DE SORTIE : 19/07/2021

DESTINATAIRE :

ZAHRAOUI, Habiba

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S :

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
CONSULTATION DE MEDECIN										
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 100085 DR. ABOUCHANE MEROUANE

TOTAUX :

150.00

150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE : 150.00

AVOIR :

RESTE DU: 0.00

DATE FACTURE : 19/07/2021

EDITEE LE : 19/07/2021 PAR: FAZAZI

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

BANQUE : BMCE - BERNOUSSI

N° compte bancaire :

01178000049210006006888



## FICHE DE REFERENCE

### IDENTITE DU PATIENT

NOM ET PRENOM : Habib Zahrani

DATE ET HEURE DE REFERENCE : 17/07/21

AGE : 57 ans

IDENTIFIANT DE LA CMB OU AUTRES DOCUMENTS :

ATCD : P.L

ADRESSE : Sainte paroisse de la chevillle

MOTIF DE REFERENCE : Fracture de la cheville

Sainte paroisse de la cheville  
Surveiller A.V.P., illexer : Douleur à la  
proximité du pied et à l'ambulation de la cheville  
Examen clinique suspect de fractures calcaire

LIEU DE REFERENCE : USAM Tanta

CHP Reldj

AUTRES INFORMATIONS :

### NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN

### CENTRE REFERENCE

Hopital Al Mansour



### NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN

[Signature]

je suppose que ma femme Zahraoui Habiba  
a gîssé au sein de mon déni/câble 14/10/2014  
le qui m'a provoqué l'acufine au niveau  
de la cheville, deux jours plus tard pour ce  
défaut de défaut de mon dossier module  
qui vous a été déposé en date 06 juillet 2014  
Dans l'affaire du cambousant de mon  
dossier à la MCE.

Abigail: cause of circumsference  
K 751725 ~  
Eighth Avenue, Alaska  
87498748  
Alaska Highway

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Délégation à la préfecture  
des Arrondissements Sidi Bernoussi  
Centre hospitalier préfectoral  
Hôpital Al Mansour

Quittance

Nº 388371 / B

Reçu de M

La somme de

HAFSA ECHAFAUD

NATURE DE LA RECETTE	Ex	SOMME
C		
Total		400

Cachet du  
Service

Le ..... 200  
Signature du  
Régisseur



12/02/01