

# 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 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

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° M21- 042856

83924

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000983

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0637993711

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr LAASSAL KAOTAR  
Médecin  
Généraliste  
Polyclinique CNSS ZIRAOUI

Date de consultation : 04/09/2021

Nom et prénom du malade : Kerli Kenzo

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Médicale

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
04/09/2024	C1+Pha+KCS+mg	56324		Dr. LAASSAL KACTAR Médecin Généraliste Polychinique CHSS ZIRAOU

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

04/09/2024

106,90

## 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

A M

P C

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 :

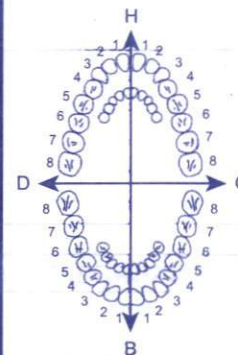
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

## 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G 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'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE

le 04/10/2021

Mme. Kehli Kenza

1 - Kopred 20-g

37/50 2 cp/j le matin pdt 5 j

2 - Diprosone 0,05%

1 app/j pdt 5 j

3 - Baycotène

38/10 1 opp/j pdt 7 j

4 - Erfus 5-g

1 cp/j le soir pdt 1 mois

5 - Nuvamag

1 cp/j le soir pdt 1 mois

106,9

PHARMACIE LA ROCHE  
5,1 Km 5 Route d'Azemour  
Tél 05 22 20 38 56/59/60

Dr. LAASSAL KAOTAR  
Médecin  
Généraliste  
Polyclinique CNSS ZIRAOU

22-24 Rue Zoubeir Idrissi  
El Aouana 20500 Casablanca

P.P.V: 38.00

PER

PHAMAS

LOT: 4378

UT.AV: 11-23

PPV: 36DH40

LOT: 131

PER: MAI 2024

PPV: 32 DH 50

le 04/09/2021

Mme. Kehli Kenza

NFS-Pg

CRP

Bilan Lipidique

ASAT, ALAT

TP

HbA1C, GAT

Urée, Creat

Ferritine

Vitamine D

TSHus

Dr. LAASSAL KAOTAI  
M. Jedin  
Généraliste  
Polyclinique CNSS ZIRAOU





## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT



Nom: **KEHILI** Prénom: **Kenza**

Date de la constatation de l'état de malade :

**04/09/2021**

2) Renseignements cliniques sommaires :

**R. A. allergique**

3) Traitement envisagé et actes :

**C1 + K5 + CS26 + 02**

**Nébulisation + CTC**

**perfusion de mg<sup>+</sup> + Cat**

2) Durée prévisible du traitement :

A ..... LE **04/09/2021**

Signature

Dr. LAACHAR  
Médecin  
Généraliste  
Polyclinique CNSS ZIRAUI

N° IPP : 723903	N° SEJOUR : 210011707	FACTURE N° 2105004556	DATE D'ENTREE: 04/09/2021	DATE DE SORTIE: 04/09/2021
UF de présence: 5002	URGENCES			

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				563.27		0.00		0.00		563.27

Intervenant : 10674 DR LAASSAL KAOTAR	TOTAUX :	563.27						563.27
Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENT SOIXANTE TROIS DHS ET VINGT SEPT CENTIMES	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	563.27			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 04/09/2021	EDITEE LE : 13/09/2021	PAR: LAMLIH	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
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						

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU  
SECURITE SOCIALE  
CASABLANCA

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU  
 Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA  
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91  
 INPE: 090001553 ICE: 00,1757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 723903	N° SEJOUR : 210011707	<b>FACTURE N° 2105004556</b>	DATE D'ENTREE : 04/09/2021	DATE DE SORTIE : 04/09/2021
ASSURE :			DESTINATAIRE : KEHELI,Kenza	
MALADE : KEHELI,Kenza		UF: 5002 URGENCES		
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 CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE</b>										
Acte de Chirurgie	KC	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50
<b>AUTRES ACTES COTES EN K</b>										
OXYGENOTHERAPIE PAR DEMIE HEURE	FURG15	1.00	100.00	100.00					0.00	100.00
Acte de Spécialité Médicale	K	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50
<b>ACTES COTES EN C</b>										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>				82.83					0.00	82.83
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				35.44					0.00	35.44

Total à reporter				563.27		0.00		0.00		563.27
------------------	--	--	--	--------	--	------	--	------	--	--------