

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.



# 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
04/09/21	C1 + phar + KC + fm 91	5/3	563,67	Dr. LAASSAL KAO TAR Médecin Généraliste Polyvalent CHSS ZIRAOUI

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA SOURCE	04/09/2021	106,90

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1				

# وصفة

## ORDONNANCE

le 04/10/2021

Mme. Kehli Kenza

1 - Kopred 20 mg

37502 cp/1g le matin pdt 5 g

2 - Diprosone 0,05%

1 app 1 g pdt 5 g

3 - Bayactène

38101 opp/1 g pdt 7 g

4 - Erlus 5 mg

1cp/1g le soir pdt 1 mois

5 - Nuramag

1cp/1g le soir pdt 1 mois

6,90 V

Dr. LAASSAL KAOTAR  
Médecin  
Généraliste  
Polyclinique CNSS ZIRAOUI

ZZ-24 Rue Zoubeir ibnou  
El Aouan 20500 Casablanca

~~P.P.V: 38.00~~

PER

~~PHARMAS~~ LOT: 4378  
UT.AV: 11-23  
PPV: 36DH40

LOT: 131  
PER: MAI 2024  
PPV: 32 DH 50



# وصفة ORDONNANCE

le 04/09/2011

Mme. Kehli Kenza

NFS-P9

CRP

Bilan Lipidique

ASAT, ALAT

TP

HbA1c, GAT

Uree, Creat

Ferrétine

Vitamine D

TSH<sub>us</sub>

Dr. LAASSAL KADDAH  
Médecin  
Généraliste  
Polyclinique CNSS ZIRAOUI

**NOTE CONFIDENTIELLE  
DU MEDECIN TRAITANT**

Prénom : Kenza

**Date de la constatation de l'état de malade :**

04/09/2021

## 2) Renseignements cliniques sommaires :

R. A. Ellerizque

### 3) Traitement envisagé et actes :

$C_1 + K_5 + C_5D_4 + O_2$

## Nebulisation + CTC

perfusion de mgt + Cat

## 2) Durée prévisible du traitement :

A

LE 04/09/2021

Polychromia CRSS ZIRAO.

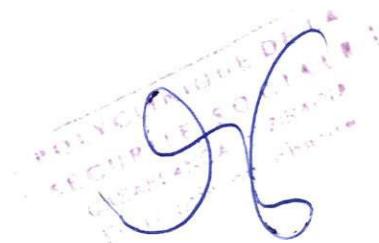
Signature: 66 re radialis

www.earth-arts.com

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 :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
CINQ CENT SOIXANTE TROIS DHS ET VINGT SEPT CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :	563.27					AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE : 04/09/2021	EDITEE LE : 13/09/2021	PAR: LAMLIH	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA	N° DE POLICE :								DATE AT :	
	Règlement 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								



N° IPP :	723903	N° SEJOUR :	210011707	FACTURE N° 2105004556				DATE D'ENTREE :	04/09/2021	DATE DE SORTIE :	04/09/2021
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	KEHELI,Kenza			UF: 5002 URGENCES				KEHELI,Kenza			
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :							
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 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	
ACTES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE											
Acte de Chirurgie	KC	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50	
AUTRES ACTES COTES EN K											
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	
ACTES COTES EN C											
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				82.83					0.00	82.83	
FOURNITURES MEDICALES				35.44					0.00	35.44	

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