

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7147 Société : R.A.M

Nom & Prénom : BADRIE A.MAL

Date de naissance : 1911/11/1966

Adresse : 30 Rue Damouni 7thme et Nador

CPA : 70000 Tél. 06 23 11 30 Total des frais engagés : 150300 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/09/2021 Nom et prénom du malade : Khalidou Samia Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douleur chiasma de la cheville droite

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 : CPA Le : 08/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

CPB

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
28/09/21	CONSULTATION	150,00	DOCTEUR TRAUMATOLOGIE VACATAIRE POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMAZIRAOUI Khalid Abou Tel: 05 22 99 07 10 Fax: 05 22 99 07 03	28/09/21	1 150,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RADIOLOGIE POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI	28/09/21	200,00	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

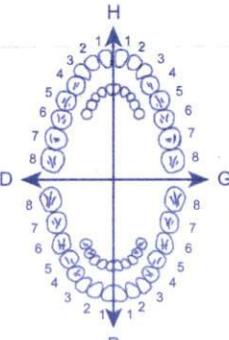
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة

ORDONNANCE

le 28/09/2022

Kharbouche Samia.

1) 43,90 Aloxia 15 mg

1x100 comprimés

2) 22,90 Cololipane 40 mg

40 x 3 ml

3) 79,90 40 x 3 ml
Triflamm Baum

1app x 2lr

4) 3x 188,00 Pianledine gelée

3x150g/15

Honart forte 40

1x100 ml

T=1150,70

43,90
PPV: 22DH20
PER: 03/23
LOT: K747

N° LOT: 6591
EXP: 03/24
PPC: 79,90 DH
45 ml 1,7 fl oz

CERTIFICAT N°:
1365/34297/2019/UPCHC/DMP2

PIASCLEDINE
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS

PIASCLEDIN
Boîte de 30 gél.
Distribué par Sothema:
PPV : 188,00 DH

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS

6 118001 072644

DOCTEUR AZIZ AIT MAM
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

Honart®
Curcumine
Exsudat de Bambou

CA130
03/24

LOT :

EXP :

PPC : 146,90 DH

Honart®
Curcumine
Exsudat de Bambou

CA130
03/24

LOT :

EXP :

PPC : 146,90 DH

Honart®
Curcumine
Exsudat de Bambou

CA141
P 06/24
146,90 DH

وصفة

ORDONNANCE

le 28/08/2021

Khanbouch Samia

- Rx cerclage et ^{face} ~~mfj~~

- Rx pied droit - face
- mfj

POLYCLINIQUE
SECURITE SOCIALE
CASSAISSE SOCIALE
CREDIT EXTRABUDGETAIRE

DOCTEUR AZIZ AMINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

OK



N° IPP : 725605	N° SEJOUR : 210014032	FACTURE N° 2103004599				DATE D'ENTREE : 28/09/2021		DATE DE SORTIE : 28/09/2021		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		KHBARBOUCHE, Samia		
MALADE : KHBARBOUCHE, Samia		UF: 5003 RADIOLOGIE								
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
ACTES DE RADIOLOGIE	Z	30.00	10.00	300.00					0.00	300.00

Intervenant : 10494 DR EL GHISSASSI NEZHA RADIOLOGIE		TOTALS :		300.00						300.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
				REMISE :		0.00	REGLE :	300.00		AVOIR :	
				RESTE DU:		0.00					
DATE FACTURE : 28/09/2021		EDITEE LE : 28/09/2021		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					

CEMEX - CASABLANCA - ZIRAOUI
Trait par le chargé

SERVICE RADIODIAGNOSTIQUE
Polyclinique CNSS Ziraoui

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 : 725605	N° SEJOUR : 210014007	FACTURE N° 2102003548				DATE D'ENTREE : 28/09/2021 DATE DE SORTIE : 28/09/2021				
ASSURE :						DESTINATAIRE : KHARBOUCHE, Samia				
MALADE : KHARBOUCHE, Samia		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. : CONSULTATION								
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
ACTES COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 52018 DR AZIZ AMINE ORTHOPEDISTE TRAUMATO		TOTAUX : 150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :							ACOMPTE:
		RÉMISE :	0.00	REGLE :	150.00				AVOIR:
		RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 28/09/2021		EDITEE LE : 28/09/2021	PAR: LANSAR	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							

IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur - Panoramique Dentaire -
Ostéodensitométrie - Scanner Multibarettes .

Casablanca, le 28/09/2021

NOM : Mme KHARBOUCHE Samia.
MEDECIN DE MANDEUR : Dr A.AZIZ.
EXAMEN : Radiographies.

Rx. du pied droit (F+P) :

- Absence lésion ostéo-articulaire décelable.
- Tissus mous d'aspect normal.

Rx. de la cheville droite (F+P) :

- Absence de lésion ostéo-articulaire décelable.
- Respect des tissus mous péri-articulaires.

Dr N. EL GHISSASSI

