

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

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

Déclaration de Maladie

N° W21-688000

106266



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 537

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Veuve

Nom & Prénom : YALLOU Aicha

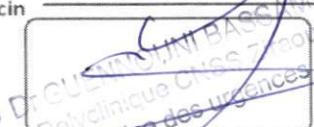
Date de naissance : 1847

Adresse : 361 Mohabi Ben Barka N°53 Bougogne
Casablanca

Tél. : 0661456263

Total des frais engagés : 314.41 + 144 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/02/2022

Nom et prénom du malade : YALLOU Aicha

Lien de parenté :

Lui-même

Compagnon

Enfant

Nature de la maladie : Epigastre

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Aicha

Le : 03 MAR. 2022



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28/02/22 | K/5 | | 314,41 | INP : 091262071 PHARMACIE DES ENFANTS Service des urgences |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|--|
| HARMACIE DES ENFANTS Dr. BOUJAN NOUICIA 34, Rue Ibnou Janh Bourgogne tél.: 0522 29 90 44 - Casablanca | 28/02/22 | HARMACIE DES ENFANTS Dr. BOUJAN NOUICIA 34, Rue Ibnou Janh Bourgogne tél.: 0522 29 90 44 - Casablanca 156,90 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|--|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|---|--|--|---|--|--|---|
| | | 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 | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25633412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | H | 25633412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | G | | | B | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |
| H | 25633412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | |

وصفة

ORDONNANCE

le 28/02/22

YALLOU Aicha.

144.50

1/- Zelgos forte
dgetarf



LOT 210679
EXP 02/2023
PPV 144.50DH

2/- Argos (susp. bavabed)

165x2g — 7.

52.40

3/- Smecta (sch)

1sch x 2g — 5.

196.90

PHARMACIE DES ENFANTS

DR. BOUJDA Nadia

Polyclinique CNSS Ziraoui - Adresse BD.Ziraoui Bourgogne - Casablanca

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

LOT 210666
PER.:09/2024

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30

P.P.V : 52DH40



6 118000 011460

DIRECTION REGIONALE DE CASABLANCA
POLYCLINIQUE ZIRAOUI
des urgences



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

NOM : Yallow Prénom : Aicha

1) Date de la constatation de l'état de malade :

28/02/2022

2) Renseignements cliniques sommaires :

Epiostralgies

3) Traitement envisagé et actes :

IPPaZ

clopram

Up-spaZ
parafetm. 1g

2) Durée prévisible du traitement :

A LE

Signature

Dr CUEU NOUHAGANE
Polyclinique CNSS
Service des urgences

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



N° IPP : 736172 N° SEJOUR : 220006579 FACTURE N° 2205002748 DATE D'ENTREE : 28/02/2022 DATE DE SORTIE : 28/02/2022

ASSURE :

MALADE : YALLOU,Aicha

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

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 |
| AUTRES ACTES COTES EN K | | | | | | | | | | |
| Acte de Spécialité Médicale | K | 10 00 | 22 50 | 225.00 | | | | | 0.00 | 225.00 |
| PRODUITS PHARMACEUTIQUES | | | | 74.51 | | | | | 0.00 | 74.51 |
| FOURNITURES MEDICALES | | | | 14.90 | | | | | 0.00 | 14.90 |

Intervenant : M0200024 DR GUENNOUNI BASSAME TOTAUX : 314.41 ACOMPTE : 314.41

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT QUATORZE DHS ET QUARANTE ET UN CENTIMES

PLAFOND PC :

REMISE 0.00 REGLE 314.41 AVOIR

RESTE DU 0.00

N° DE POLICE :

Réglement à effectuer à l'ordre de :

BANQUE : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI
 B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA

N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54

DATE FACTURE : 28/02/2022

EDITEE LE : 28/02/2022

DATE AT :

VISA

PAR : SAGHIR ACCIDENT DE TRAVAIL :
 Caisse des Urgences
 Polyclinique CNSS Ziroui