

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

- 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.

M22- 0012442

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 459 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NGUIJA HAMID

Date de naissance : 21-06-1944

Adresse : 29, Rue Mohamed Laaroussi - Apt 1
CASABLANCA

Tél. : 06 62 82 87 95 Total des frais engagés : 378,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/05/2022

Nom et prénom du malade : RAIDA AHMED NA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Respiratoire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : (Crise d'asthme) Moderate

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

Le : 27/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : Hamid

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/05/2023	15/15		291,72	Dr GUENNOU NI BABA Polyclinique CNSS Ziroua Service des urgences

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZIROUA Avenue Standard Casablanca Tél. 05 22 22 22 22	27/05/22	87,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

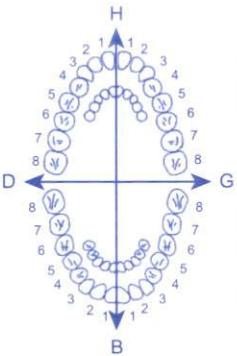
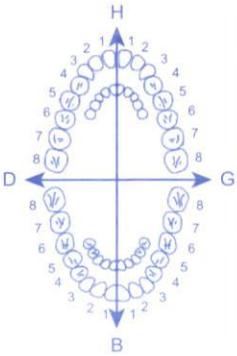
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 35533411	D	21433552 00000000 11433553
			G	
			B	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 28/10/92

RIDA Amina

42,- 21- Predm 20

PPV(DH):

4200

2 eplg → 5 jrs

45,30 29
~~PHARMACIE AD-DOHA~~
Avenue Stendhal Cité Plateau
Casablanca - Tel: 05 22 25 96 69

I naler

16/11/2030

Lot N° :	008R125A
FAB :	10-2-21
EXP :	10-2024
PPV : 45DH30	

PHARMACIE AD-DOHA
Avenue Stendhal Cité Plateau
Casablanca - Tél: 05 22 25 96 69

Dr GUENNOUNI BASSAME
Polyclinique CNSS
Service des

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

NOM : RSDA Prénom : Amine

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

28/10/22

2) Renseignements cliniques sommaires :

Cnse d'asth.

3) Traitement envisagé et actes :

Solu adrol be }
Nebulisat - }
R 10

2) Durée prévisible du traitement :

A LE

Signature

Dr. MOUNIR BASSAM
Service des urgences
CNSS

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 :	742033	N° SEJOUR :	220016786	FACTURE N° 2205006382				DATE D'ENTREE :	27/05/2022	DATE DE SORTIE :	27/05/2022
ASSURE :								DESTINATAIRE :	RIDA,Mina		
MALADE :	RIDA,Mina		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	
AUTRES ACTES COTES EN K											
OXYGENOTHERAPIE PAR DEMIE HEURE Acte de Spécialité Médicale	FURG15 K	1.00 5.00	100.00 22.50	100.00 112.50					0.00 0.00	100.00 112.50	
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX											
Acte pratiqué par L'Infirmier(e)	AMI	3.00	7.50	22.50					0.00	22.50	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				30.07					0.00	30.07	
FOURNITURES MEDICALES				26.65					0.00	26.65	



Total à reporter				291.72		0.00		0.00		291.72
------------------	--	--	--	--------	--	------	--	------	--	--------

N° IPP	742033	N° SEJOUR :	220016786	FACTURE N°	2205006382	DATE D'ENTRÉE:	27/05/2022	DATE DE SORTIE:	27/05/2022
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				291.72		0.00		0.00		291.72

Intervenant : M0200024 DR GUENNOUNI BASSAME	TOTAUX :	291.72						291.72
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT QUATRE-VINGT ONZE DHS ET SOIXANTE DOUZE CENTIMES	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	291.72			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 27/05/2022	EDITEE LE : 27/05/2022	PAR: SAGHIR	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :				DATE AT :	
			Règlement 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				

*Caisse des Urgences
Polyclinique CNSS
Ziroui*