

# 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.



Déclaration de Maladie  
M22- 0012442

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 459 Société : 118422  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NGUIDA HAMID  
 Date de naissance : 01-06-1984  
 Adresse : 29, Rue Mohamed LAARDASSI - Apt 1 CASABLANCA  
 Tél : 06 82 82 07 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 : RADA ALI NA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant (Crise d'asthme)  
 Nature de la maladie : Pathologie : modérée  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC  
 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

## 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
27/05/22	155	155	291,72	Dr GUENNONI BRUNO Polyclinique CNSS Ziraoui Service des urgences

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/05/22	87,30

# 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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div> <div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>B</div> </div> <div>G</div> </div>		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE

le 22/05/92

RIDA Amina

42, - 21- Predm 20  
2ep1g → 5jrs

PPV(DH):  
4200

45,30 21  
87,30  
PHARMACIE AD-DOHA  
Avenue Stendhal Cité Plateau  
Casablanca - Tél: 05 22 25 96 69

Inaler  
16/12/34 → 7

Lot N° : 008R125A  
FAB : 10-2021  
EXP : 10-2024  
PPV : 45DH30

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

Dr GUENNOUNI SAGGAMÉ  
Polyclinique CNSS Ziraoui  
Service des U.

## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

NOM : RIDA Prénom : Amine

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

28/05/22

2) Renseignements cliniques sommaires :

Crise d'asthme

3) Traitement envisagé et actes :

Salmeterol  
Nebrali  
R10

2) Durée prévisible du traitement :

A ..... LE .....

Signature

Dr. HOUARI ASSAME  
Service des urgences



POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU  
 Boulevard ZIRAOU 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		<b>FACTURE N° 2205006382</b>		DATE D'ENTREE : 27/05/2022		DATE DE SORTIE : 27/05/2022		
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>RIDA,Mina</b>				
MALADE : RIDA,Mina										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :								
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>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 INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX</b>										
Acte pratiqué par L'Infirmier(e)	AMI	3.00	7.50	22.50					0.00	22.50
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>				30.07					0.00	30.07
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				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 :		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				

Caisse des Dépôts  
Polyclinique CNSS Ziraoui