

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1781 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre : 122183

Nom & Prénom : BOURZIA KERBIRA

Date de naissance : 23/09/1950

Adresse : 332 Bd Bordeaux

Tél. : 0662181910 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR ARMIL Khadija  
Médecin Généraliste  
Apt N°3 El Oul Tariq 21  
Inane Al Yassmine Bouskoura  
Tel : + 212 777 791 251

Date de consultation : 25/06/2022

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : rhume polyarthrite

En cas d'accident préciser les causés 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 : CA SA Le : 28/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : Bourzia

.....

#### 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
25/06/22	les urgences	1	caisse des urgences 120 Polyclinique CNSS Zygadou	Dr ARNIL Khadija Medecin Generaliste Apt N° 3 Etg 1 Bâtiment L 1 13370 VILLEURBANNE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NICE 33 Rue Casablanca 06100 NICE France	85106180	180,80

## **ANALYSES - RADIographies**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/06/21	Caissé des Hôpitaux Polyclinique CNS 27/06/21	18.000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	G	B		<b>Coefficient des travaux</b>
	H	G									
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553										
D	G										
B											
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
			<b>Montants des soins</b>								
			<b>Date du devis</b>								
			<b>Date de l'exécution</b>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# وصفة

## ORDONNANCE

le 25/6/2022.

Mr BOUZASP Lebiba

84,80

1) Brein



et. P Acq. 1



2) corticayl (2)

200 mg pdt 5

DR HARMACHIN  
RD AV. Nice  
N°3 Résidence  
Tél. 05 22 94 03 55  
Bourgogne Bourgogne  
Casablanca

12,20



3) Rofin

180 mg 2x6

DR ARNIL Khadija  
Medecin Generaliste  
Av N°3 Etg 1 Bâtiment L 1  
Jnanc Al Yassine Casablanca  
Tel : +212 77 791 251

180,00

LOT 22001  
PER 12/25  
PPV 8/04/80

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V : 22/04/80  
LOT : 21E009V  
PER : 10/10/2024  
6 1130000 060345

13,20

وصفة  
ORDONNANCE

le 25/6/2022

Mr. Ben ZAID Kebira 1

fair 1



date

Dr ARNIL Khadija  
Medecin Generaliste  
Apt N° 3 Etg 1 Bâtiment 1  
Chemin Al Hassanieh 9000  
Tel 05 22 20 38 56/57/59/60

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

Casablanca, le 25/06/2022

**Nom du Patient : Mme BOUZAZ Kébira.**  
**Médecin Demandeur : Dr KHALMIL.**



## RX. DOIGT DE LA MAIN DROITE DE FACE+PROFIL

Arthrose inter-phalangien proximale.  
Minéralisation osseuse normale.  
Absence d'anomalie articulaire ou architecturale osseuse.  
Absence d'anomalie des parties molles.

## CONCLUSION

Arthrose inter-phalangien proximale.  
Radiographie de la main droite ne révélant pas d'anomalie par ailleurs.

Dr A. BENBRAHIM



N° IPP : 744260	N° SEJOUR : 220020367	<b>FACTURE N° 2203005373</b>				DATE D'ENTREE : 25/06/2022 DATE DE SORTIE : 25/06/2022						
ASSURE :						DESTINATAIRE : BOUZAID, Kebira						
MALADE : BOUZAID, Kebira		UF: 5003 RADIOLOGIE										
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. :										
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
ACTES DE RADIOLOGIE												
Acte de Radiologie Médicale		Z		15.00	10.00	150.00				0.00	150.00	

Intervenant : 51213 DR BENBRAHIM ABDELILAH RADIOLOGUE			TOTaux : 150.00								150.00			
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS			PLAFOND PC :								ACOMPTE:			
			REMISE : 0.00		REGLE : 150.00						AVOIR :			
			RESTE DU: 0.00											
DATE FACTURE : 25/06/2022			EDITEE LE : 25/06/2022		PAR: R8280		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							

*Caisse des Urgences*  
*Polyclinique CNSS Ziraoui*



N° IPP :	744260	N° SEJOUR :	220020369	<b>FACTURE N° 2205007687</b>				DATE D'ENTREE : 25/06/2022 DATE DE SORTIE : 25/06/2022						
ASSURE :								DESTINATAIRE :	BOUZAID, Kebira					
MALADE :	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				
ACTES COTES EN C	CN	1.00	120.00	120.00					0.00		120.00			

Intervenant : M0200034 DR ARMIL KHADIJA	TOTAUX :	120.00								120.00		
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS	PLAFOND PC :								ACOMPTE :			
	REMISE :	0.00	REGLE :	120.00					AVOIR :			
	RESTE DU :	0.00										
DATE FACTURE : 25/06/2022	EDITEE LE : 25/06/2022	PAR: R8280	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								

Caisse des Urgences  
Polyclinique CNSS Ziraoui