

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 061313

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1781 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUNIAD KEBIRA
 Date de naissance : 23/09/1950
 Adresse : 332 Bd Boileau
 Tél. : 0662 181910 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/06/2022
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Pousse polyanthrée
 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 : CASA

Le : 28/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
25/06/22	Urgences	1	120,00	Dr ARMIL Khadija Médecin Généraliste Apt N°3 Etg 1 Bâtiment L1 Jnane Al Yacoubi Souk Koufa Tél: 5 212 71 791 251

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

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
		AM	PC	IM	IV	

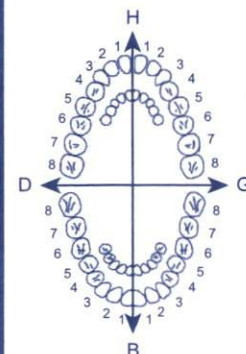
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-----------------	----------------	------------------	-------------



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

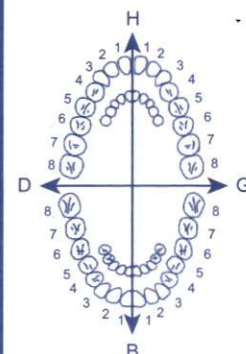
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

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 25/6/2022.

M. BOUZAIK Lebira,

84, P

1) Brexi

1 cpl
Et. P

2) Corticoid

2 cpl

17, P

3) Argin

1 cpl x 216

17, P



PHARMACIE NICE
1 Av. Nice Residence
RD MG N°3 Bourgogne Casablanca
Tel : 05 22 94 05 39

Dr ARMIL Khadija
Medecin Generaliste
101 N°3 Etg 1 Batiment L 1
Jnanah Yassmine Casablanca
Tel : +212 777 791 251

LOT 22001
PER 2/25
PPV 80DH80

LOT: 21E009V
PER: 10 2024

CORTANCYL SMG
CP SEC B30

P.P.V: 22DH80



13,20

وصفة
ORDONNANCE

le 25/6/2022

Mme. BouZAID Kobrai

faix f'

Rx Rx
Caisse des Urgences
Polyclinique CNSS Ziraoui

dte

Dr ARMIL Khadija
Medecin Generaliste
Apt N°3 Etg 1 Bâtiment G
Unité ALYassmine B
Tél : 022 277 791 251

Casablanca, le 25/06/2022

Nom du Patient : Mme BOUZAD Kebira.
Médecin Demandeur : Dr KHAÏMIL.



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

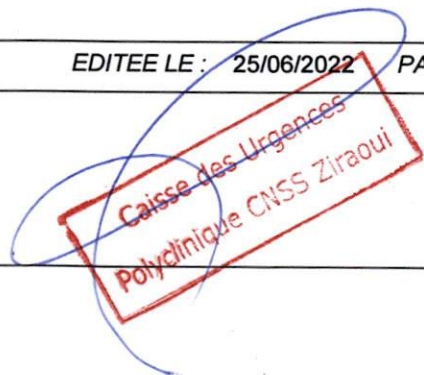


POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU
 Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 744260	N° SEJOUR : 220020367	FACTURE N° 2203005373		DATE D'ENTREE : 25/06/2022		DATE DE SORTIE : 25/06/2022					
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : BOUZAID, Kebira							
MALADE : BOUZAID, Kebira											
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
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 :			
		Réglement 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				



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 : 744260		N° SEJOUR : 220020369		FACTURE N° 2205007687		DATE D'ENTREE : 25/06/2022		DATE DE SORTIE : 25/06/2022			
ASSURE :						DESTINATAIRE :					
MALADE : BOUZAIID, Kebira				UF: 5002 URGENCES		BOUZAIID, Kebira					
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		LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES COTES EN C CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F		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 - ZIRAOU	
					BANQUE :					B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA	
					N° compte bancaire :					011 780 00 00 43 210 00 60050 54	

