

# 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.

**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](http://www.mupras.com)

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11764 Société : RAM

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : MANSON RT S'ANAA

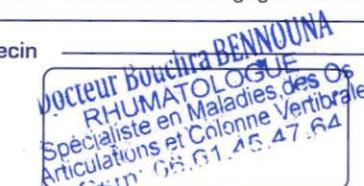
Date de naissance : 13/01/1976

Adresse : Quartier Cuba; Rue Abdal; Rés MYRAMARZ  
Nb 39, Apt 18

Tél. : 0634493008 Total des frais engagés : 485,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/10/22

Nom et prénom du malade : Mousouli Yassaa Age : 46

Lien de parenté :  **U**ni-même

**Conjoint**  **Enfant**

Nature de la maladie : Polyarthralgies

Affection longue durée ou chronique :  **ALD**  **ALC** Pathologie :

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 : 26/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : S'ANAA

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## 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
26/10/82	5	1704	150/00	Docteur BOURGEOIS GUY Spécialiste en Maladies des Os Ancien membre de l'Ordre National GSIN: 6151145 47 64

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/10/22	335,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H D G B	Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# وصفة

## ORDONNANCE

صحة  
POLYCLINIQUE



الزيراوي  
ZIRAOUI

le 26/10/22



Mansouri Yassaa.

Total 335,00

\* Diprosstelle 100,00

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubir bneu al nouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boite 14  
64015DMP/21NQ P.P.V : 82,10 DH  
6 118001 020591

\* Borexill 150,00

Maphar  
Bd Alkamilia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V : 19,50 DH  
6 118001 185030

150,00 x 2

Maphar  
Bd Alkamilia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V : 19,50 DH  
6 118001 185030

\* Uvédose 100.000  
Saup a boire / mois (3 mois)

Doctor Bouchra BENAOUIA  
RHUMATOLOGUE

Spécialiste en Maladies des Os  
Articulations et Enfoncement  
GSM: 05 67 15 47 54

\* Hydrogel 82,10

Maphar  
Bd Alkamilia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V : 19,50 DH  
6 118001 185030

Polyclinique CNSS Ziraoui- Adresse BD.Ziraoui Bourgogne - Casablanca

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

Inexium 20 150 le sou (20 j)

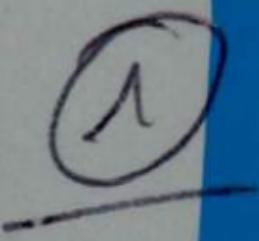
# Brexin®

Piroxicam- $\beta$ -cyclodextrine

voie orale

20 comprimés eff

chiesi



22003  
07/25  
100DH40



GTIN: 06118001260850  
LOT: 3972  
MFG: 03 2022  
EXP.: 03 2025  
PPV: 94Dhs00



**MYDOPLEX<sup>®</sup>**  
Tolpérisone HCl  
150 mg

Myo-  
relaxant

30 Comprimés Pelliculés

Voie orale



LABATEC



N° IPP :	683168	N° SEJOUR :	220035202	FACTURE N° 2202011264				DATE D'ENTREE :	26/10/2022	DATE DE SORTIE :	26/10/2022		
ASSURE :								DESTINATAIRE :					
MALADE :	MANSOURI, Sanaa		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI										
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													
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00		150.00		

Intervenant : 301120CS DR BENNOUNA BOUCHRA RHUMATOLOGIE	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR :		
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 26/10/2022	EDITEE LE : 26/10/2022	PAR: SIBAI	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					

