

# 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

- 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- 0033223

couvert

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **702** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL MAROU RI Diloaud**

Date de naissance : **01-01-48**

Adresse : **51, Rue HASSANE Hay El HAGHA - OTS**

Tél. : **0662213603** Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **09/03/2023**

Nom et prénom du malade : **Miloud El Myna** Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Handicape**

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 : **09/03/2023** ACCUEIL Le : .....

Signature de l'adhérent(e) : **El Myna**



### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0033223

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

#### **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 Recouvrement des Actes
09/03/2023	Visite des Urgences Polyclinique CNSS Zirouït	155	164,85	RECOUVRÉ Service des Urgences Polyclinique CNSS Zirouït

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien à sou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOPHIA Mme BENBRAHIM Ep. SLAOUI 214, Bd. Ibnou Sinaa - Casa	09/03/2023	PHARMACIE SOPHIA Mme Benbrahim El Sloui 214, Bd. Ibnou Sinaa - Casa Tél: 0522 36 01 64 139.00 DT 154,70

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### VOLET ADHERENT

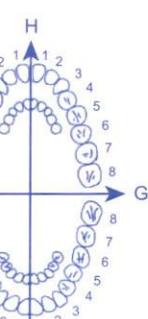
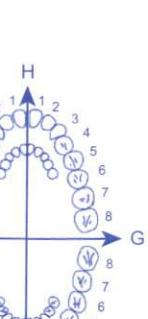
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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 canalaire, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	D	G	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
H	D	G																				
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
				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



الزيراوي  
ZIRAOUI

# وصفة ORDONNANCE

le 29/03/23



Miloud El Mousni

125. ♂

1) Bistic plus 1g

15.70 15g + 2/5

2) Drill sans suc "Toplexil sirop fl 150 ml"

TOPLEXIL  
SIROP FL 150 ML  
P.P.V : 150H70  
LOT : 23B004  
PER : 12/2024  
6 118000 060901

14. ♂

10g x 3/5



PPV: 14DH00  
PER: 02/26  
LOT: M542

صوفيا  
PHARMACIE SOPHIA  
Mme. Benbrahim Ep. Sioufi  
214, Bd. Ibnou Slama CASA  
Tél: 0522 360164

Dr. Mohamed AOUZID  
Service des Urgences

154,170



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



0 9 0 0 0 1 5 5 3

N° IPP : 77297	N° SEJOUR : 230010610	FACTURE N° 2305003038				DATE D'ENTREE : 09/03/2023		DATE DE SORTIE : 09/03/2023				
ASSURE :												
MALADE : EL MAROURI MILOUD	UF: 5002 URGENCES				DESTINATAIRE :		EL MAROURI MILOUD					
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		
AUTRES ACTES COTES EN K												
Acte de Spécialité Médicale	K	5.00	22.50	112.50					0.00 112.50			
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX												
Acte pratiqué par L'infirmier(e)	AMI	3.00	7.50	22.50					0.00 22.50			
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				27.40					0.00 27.40			
FOURNITURES MEDICALES				2.45					0.00 2.45			

Intervenant : M0200025 DR ABOUZAID MOHAMED	TOTAUX :	164.85						164.85
Arrêtée la présente facture à la somme de :  CENT SOIXANTE QUATRE DHS ET QUATRE-VINGT CINQ CENTIMES	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	164.85			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 09/03/2023	EDITEE LE : 09/03/2023	PAR: SAGHIR <i>Caisse des U Polyclinique r</i>	ACCIDENT DE TRAVAIL :				DATE AT :	
VISA			N° DE POLICE :					
			Réglément 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					