

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-000377

156186

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1360 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Moussafer Abdellah

Date de naissance : 1953

Adresse : Habtielle

Tél. : 0670265561 Total des frais engagés : 756,7 Dhs

### DOCTEUR AZIZ AMINE TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE

VACATAIRE  
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/03/2023

Nom et prénom du malade : Toukafir Abderrahim Age : \_\_\_\_\_

Lièn de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Traumatite thoracique

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : \_\_\_\_\_

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : chute dans la tôle

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 : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

DOCTEUR AZIZ AMINE  
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE  
VACATAIRE  
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

## 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.

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
22/03/23	CS		150,00	DOCTEUR AZIZ AMINE TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE VACATAIRE POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21.03.23	<b>PHARMACIE BLOC 2</b> <b>GHOFRANE</b> <b>Rue 2 N° 118 MOULOUA</b> <b>QATMOU, GOUVERNERAT DE</b> <b>GARDAï</b> <b>42670</b>

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES														
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.														
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.														
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient										
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>														
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>				H	21433552	D	00000000	00000000		35533411 11433553		B	00000000
	H	21433552												
	D	00000000												
	00000000													
	35533411 11433553													
	B	00000000												
	<b>Coefficient des travaux</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>													
	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>													
	<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>													
<b>FIN D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>														
<b>Coefficient des travaux</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>														
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>														
<b>DATE DU DEVIS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>														
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>														

وصفة  
ORDONNANCE  
PHARMACIE  
RUE 2 N° 100 Casablanca  
AL Qods GHO  
BLOC NE "C"  
Gernoussi

le 24/08/2023

Muscle relaxant

S.V.

D Cetodip 400 mg x 30

S.V.

2) Nociceptol 500 mg x 30

S.V.

3) Calfix DS 150 ml  
3x42,20  
par 3mls.

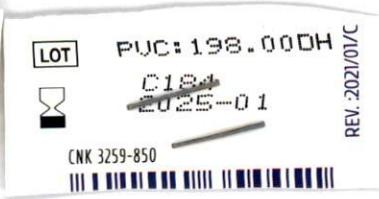
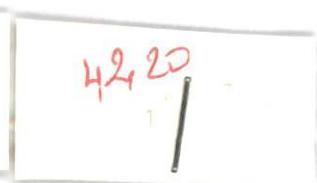
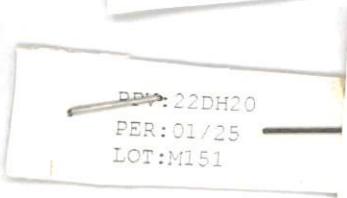
4) Ixoplast spray 150 ml  
par 30mls.

S.V.

DOCTEUR AZIZ AMINE  
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE  
VACATAIRE  
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

RUE 2 N° 100 Casablanca  
AL Qods GHO  
BLOC NE "C"  
Gernoussi

426,70



REV. 2021/01/C

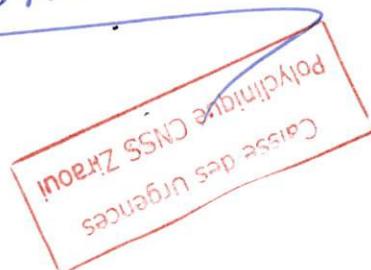
# وصفة

## ORDONNANCE

le 21/08/2023

Moussafir Abderrahim

fil wta l



DOCTEUR AZIZ AMINE  
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE  
VACATAIRE  
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI



VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

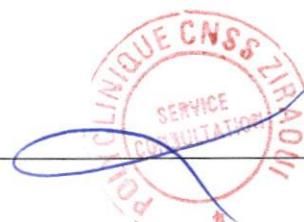
ZIRAOUI

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



N° IPP : 765971	N° SEJOUR : 230012147	FACTURE N° 2302004157				DATE D'ENTREE : 21/03/2023		DATE DE SORTIE : 21/03/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		MOUSSAFIR, Abderrahim		
MALADE : MOUSSAFIR, Abderrahim		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 : 52018 DR AZIZ AMINE ORTHOPEDISTE TRAUMATO				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 : 21/03/2023 EDITEE LE : 21/03/2023 PAR: R9035				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						



## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur  
Echographie Cardiaque - Scanner Multibarettes

### COMPTE RENDU

Casablanca, le 21/03/2023

NOM : Mr MOUSSAFIR Abderrahim.

MEDECIN DEMANDEUR : Dr.

EXAMEN : Radiographie du grill costal (F).

- Fracture probable de l'arc moyen de la 10<sup>ème</sup> côte gauche.

**Dr N. EL GHISSASSI**



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



N° IPP : 765971	N° SEJOUR : 230012170	<b>FACTURE N° 2303003738</b>				DATE D'ENTREE : 21/03/2023		DATE DE SORTIE : 21/03/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		MOUSSAFIR, Abderrahim		
MALADE : MOUSSAFIR, Abderrahim		UF: 5003 RADIOLOGIE								
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
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b> Acte de Radiologie Médicale	Z	18.00	10.00	180.00					0.00	180.00

Intervenant : 10494 DR EL GHISASSI NEZHA RADIOLOGIE	TOTAUX :	180.00							180.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT QUATRE-VINGT DHS		PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	180.00			AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 21/03/2023	EDITEE LE : 21/03/2023	PAR: R8658	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							

Polyclinique CNSS Ziraoui  
Caisse des Urgences



Abderrahim Mounafir

Pré 1360

Je soumigne Mr Mounafir Abderrahim.

que j'ouvre une Fracture suite à un chute chez  
moi à la Salle de bain à cause d'une glissade  
sur Sol.

Cory