

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- 0013830

160720

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : ... 209 ... Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : S.A.D.I.A Bourouzi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27 / 04 / 2023

Nom et prénom du malade : Dr. Mohammed Bourakbi Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Jeune Enfant

Nature de la maladie : Tract digestive

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
28-04-23			150	Spécialiste des Malades de l'Appareil Digestif Dr Ziroual - INP: 0910-240000029

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WILAYA MOULOUYA ZEKRI Abdellati Docteur en Pharmacie 220-222-224 Bd Oued Moutouya El Oulla Casablanca Tel: 0522.90.51.13 ICE: 002221220000074	28/04/23	530.130

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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

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 :	739355	N° SEJOUR :	230016372	FACTURE N° 2302005450				DATE D'ENTREE : 28/04/2023		DATE DE SORTIE : 28/04/2023	
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				BOUROUZA,Saadia						
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 : 21012008 BOUTALEB MOHAMMED GASTRO-ENTEROLOGIE				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 : 28/04/2023				EDITEE LE : 28/04/2023		PAR: R8280		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA				N° DE POLICE :				DATE AT :					
POLYCLINIQUE ZIRAOUI		SERVICE CONSULTATION		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									





الضمان الاجتماعي
+ ٩٦٣ ٥٨٧٠٩٤٢
CNSS
Le devoir de vous protéger

وصفة ORDONNANCE

le 28/04/23

2. *Scutellaria* SAMSON

160,00^{dt}
- Debit 20 ml.
1 jebl t. (SV) pfs gehl
PHARMA

€ 4,80^e - Breinweg.
18/3/2018 SV

89,50³ - 3, nom: 11 july SV (3 min) 100% 81,73

37,900⁰⁰ Due 12/23

$$T = 55^{\circ}\text{C}$$

Dr Nitha Ahmed BOU
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif
CNRS Ziraouit - BP: 091038539
ICE: 00192246000029

Dr Mohammed BOUTALEB
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif
Ziraoui N°P: 091038539
091922406000029

Lot: 211543
PER: 05-2024
PPV: 40,00 DH

Lot:
A consommer
avant le:
PPC : 89,50 DH

220641
08/2025

84,80

Lot:
A consommer
avant le:
PPC : 89,50 DH

220641
08/2025

Lot:
A consommer
avant le:
PPC : 89,50 DH

220641
08/2025

DUOXOL 500mg/2mg Boîte de 20 comprimés 10 كبسولات ملحة من 20 فرسان

37,00