

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-768081

161007

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 93041

Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : SENALI EL HADY ZERBEN

Date de naissance : 01/01/1941

Adresse : 1141 HASSEMI PERB EL HOURIA

Tél. : 0522819381

Total des frais engagés : 339,00 + 312,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/05/23

Nom et prénom du malade : EL HADY ZERBEN

Age : 82 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ☒ Maladie chronique

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 : 17/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT



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
12/05/23	Consultation	1	339,00	Dr. MOUTAZAKKI WIDAD MEDECIN GENERALISTE VACATAIRE POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUT

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/05/23	314,30

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]																	
	Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

وصفة  
ORDONNANCE

Dr. MOUTAZAKKI WIDAD

MEDECIN GENERALISTE  
VACATAIRE

POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU

le 11/10/2023



135,00 - EVOP 500 mg  
A 3/5

60,00 - Enterogermina  
A 3/5

49,80 - Flagyl 500 mg  
A 3/5

30,50 - Imodium gel  
2 gel a 3/5

42,00 - Kalent gel 20  
1 gel a jour

317,30

LOT: 22556 PER: 10/25  
PPV: 135,00 DH  
AMM N: 2047/01/21/RQ1/DMP/MC/01

Ain Sebaa 20250 - Casablanca  
ENTEROGERMINA 2 milliards de Sml  
Susp oral b1085ml  
P.P.V.: 60DH00

LOT: 22556  
PER: 10/25

LOT: 22556  
PER: 10/25

LOT: 22556  
PER: 10/25

LOT: 22556  
PER: 10/25

LOT: 22556  
PER: 10/25

LOT: 22556  
PER: 10/25

LOT: 22556  
PER: 10/25

LOT: 22556  
PER: 10/25

LOT: 22556  
PER: 10/25

LOT: 22556  
PER: 10/25

LOT: 22556  
PER: 10/25

LOT: 22556  
PER: 10/25

LOT: 22556  
PER: 10/25

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

P.P.V.: 49DH80

LOT 211483  
EXP 04/2024  
PPV 42.00DH



Dr. MOUTAZAKKI WIDAD  
MEDECIN GENERALISTE  
VACATAIRE  
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU



NOTE CONFIDENTIELLE  
DU MEDECIN TRAITANT

LE HAD Y Menier

1) Date de la constatation de l'état de malade :

20/05/23

2) Renseignements cliniques sommaires :

Gastro-entérite

3) Traitement envisagé et actes :

K10 VVP

→ Pafusion de methonidazole  
→ Cefixime  
→ DHP / Alprazole / spanopan  
→ out eat

2) Durée prévisible du traitement :

A

LE

Signature

Dr. M. MUTAZAKKI WIDAD  
MEDECIN GENERALISTE  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

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 : 769503	N° SEJOUR : 230018723	<b>FACTURE N° 2305005849</b>	DATE D'ENTREE : 14/05/2023	DATE DE SORTIE : 14/05/2023
ASSURE :			DESTINATAIRE : <b>EL HADY,Meriem</b>	
MALADE : EL HADY,Meriem		UF: 5002 URGENCES		
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>AUTRES ACTES COTES EN K</b> Acte de Spécialité Médicale	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>				97.31					0.00	97.31
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				16.75					0.00	16.75

Intervenant : 01022017 DR MOUTAZAKKI WIDAD GENERALISTE	TOTAUX :	339.06						339.06
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT TRENTE NEUF DHS ET SIX CENTIMES	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	339.06			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 14/05/2023	EDITEE LE : 14/05/2023	PAR: R9035	<b>ACCIDENT DE TRAVAIL :</b>					
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					

