

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-768081

161007

| | | | |
|---------------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 93041 | Société : RAN | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : SENBALI EL HADY ZERBET | | | |
| Date de naissance : 01/01/1941 | | | |
| Adresse : 112 BL 202 CASA | | | |
| Tél. : 0522819381 | Total des frais engagés : 329,00 + 20,20 Dhs | | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Dr. MOUTAZAKKI WIDAD MEDECIN GENERALISTE VACANTIALE CNSS ZIRAOUI | |
| Date de consultation : | 23/05/2023 |
| Nom et prénom du malade : | Mohamed El HADY |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Frère / Soeur <input type="checkbox"/> Conjoint |
| Nature de la maladie : | POLYCLINIQUE GÉNÉRALE |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : | POLE CLINIQUE GÉNÉRALE CNSS ZIRAOUI |
| 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 : 17/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|--|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/05/23 | Dr MOUTAZAKKI WIDAD MEDECIN GENERALISTE VACATAIRE POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI | 39 | 317.30 | Polyclinique CNSS ZIRAOUI |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Mme A. AYOUCHE SEDRATI Angle Bd Abi Regrag et Rue 3 - Dulta - Casablanca Tél : 05 22 90 85 68 Pharmacie ABI REGRA | 14/05/23 | 317.30 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

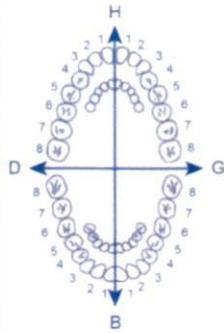
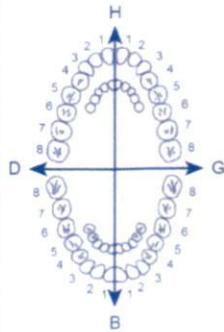
AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | 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 | INP : |
|--|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | |
|  | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | |
| H | 25533412 | 21433552 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| D | 00000000 | 00000000 | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | 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

وصفة

ORDONNANCE

Dr. MOUTAZAKKI WIDAD
MEDECIN GENERALISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

135,00 - EVOXPS 50 mg

le 14/05/2023



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

Am Sebaa 20250 - Casablanca
 ENTEROGERMINA 2 milliards du 5ml
 Susp oral b/10 fl 5ml
 P.P.V. : 60DH00



FLAGYL 500 mg
 CP PEL B20

P.P.V. : 49DH00



LOT : 22556
 PER : 10/2027
 RER : 07/2021

IMODIUM 2MG GI
 20 Gel

P.P.V. : 30DH50



6 118000 010845

FLAGYL 500 mg
 CP PEL B20

P.P.V. : 49DH00



LOT 211483
 EXP 04/2024
 PPV 42.00DH



Dr. MOUTAZAKKI WIDAD
 MEDECIN GENERALISTE
 VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

317,30

**NOTE CONFIDENTIELLE
DU MEDECIN TRAITANT**

Dr HASSAN MAMER

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

14/05/23

2) Renseignements cliniques sommaires :

Gastro-entérite

3) Traitement envisagé et actes :

K10 VVP

→ infusion de metronidazole
→ Ciprofloxacin
→ TPI Alginate / spanopan
→ ord eat

2) Durée prévisible du traitement :

A LE

Signature

*Dr. M. HASSAN MAMER
MEDECIN GENERALISTE
POLYCLINIQUE ZIRAOUI
CNSS ZIRAOUI*



| N° IPP : | 769503 | N° SEJOUR : | 230018723 | FACTURE N° 2305005849 | | | | DATE D'ENTREE : | 14/05/2023 | DATE DE SORTIE : | 14/05/2023 | |
|---|----------------------------------|------------------|------------------|---|-----------------------|------------------------------|----------------|-----------------|----------------|------------------|------------|--|
| ASSURE : | | | | | | | | DESTINATAIRE : | EL HADY,Meriem | | | |
| MALADE : | 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 | | |
| AUTRES ACTES COTES EN K | | | | | | | | | | | | |
| Acte de Spécialité Médicale | K | 10.00 | 22.50 | 225.00 | | | | | 0.00 | | 225.00 | |
| PRODUITS PHARMACEUTIQUES | | | | 97.31 | | | | | 0.00 | | 97.31 | |
| FOURNITURES MEDICALES | | | | 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 TRENTÉ 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 | <u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u> | | | | | | |
| VISA | | | | | 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 | | | | | | | | |

Caisse des Urgences
Polyclinique CNSS Ziroui