

## 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

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-793221

473135



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3029 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Dounas Abdellatif

Date de naissance : 15/12/1959

Adresse :

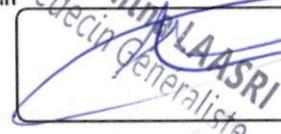
Tél. : 06 71 41 91 77

Total des frais engagés :

556 38 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Dounas Mana

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

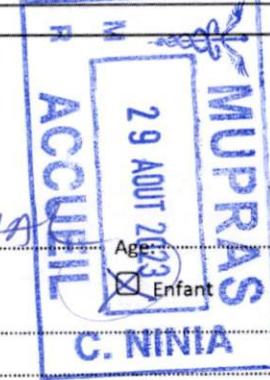
Nature de la maladie :

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.

Sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare  
- clause relative à la protection des données personnelles

Le : 16/07/2023



### 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
16/07/2023	A 10	283,96		INP : 0316267321 Dr. A. A. S. P. Généraliste

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MANAR CASA S.A.R.L 3 Av. Mehdi Ben Barka Bourgogne Casab INPE 092025204	16/07 2023	= 272,140

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 : <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"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G B	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الزيراوي  
ZIRAOUI

الضمان الاجتماعي  
CNSS  
Le devoir de vous protéger

PHARMACIE EL MANAR  
CASA S.A.R.L  
3 Av. M'hamed Ben Berkia Bourgogne Casa  
INPE 092025204

MANAR 16. 07. 2023

DUNAS, MANAL

LOT 230384  
EXP 03/2026  
PPV 131.60DH

SYNTHÈSE  
22 rue zoubier bnoi ai aouam rochaa  
noires casablanca  
**INEXIUM**  
20 mg. Cgr GR  
Boîte 14  
640/5 IMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

131,60  
+ ① 3 Pe

88110

6

18130

PPV 18DH30 EXP 02/2026  
LOT 200082

S.V.

10

q36

**Polyclinique CNSS Ziraoui- Adresse BD.Ziraoui Bourgogne - Casablanca**

Tél. n° : 05 22 20 38 56/57/59/60 - Fax n° : 05 22 22 29 91

NOTE CONFIDENTIELLE  
DU MEDECIN TRAITANT

M. A. D. D. A. M. S.

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

16/07/2022

2) Renseignements cliniques sommaires :

Gastric  
anemia

3) Traitement envisagé et actes :

K  
Co + V. V. P.  
Paracetamol  
Eff  
clap  
gasey

2) Durée prévisible du traitement :

A ..... LE .....

Signature

~~Dr. Amine Laroui  
Médecin Généraliste~~

~~RSI~~



0 9 0 0 0 1 5 5 3

N° IPP : 774669 N° SEJOUR : 230028150

FACTURE N° 2305008735

DATE D'ENTREE : 16/07/2023

DATE DE SORTIE : 16/07/2023

ASSURE :

MALADE : DOUNAS, Amal

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

DOUNAS, Amal

NATURE DE PRESTATION

LETTRE

CLE

NOMBRE

x COEF

PRIX

UNITAIRE

TOTAL

TIERS PAYANT 1

% / Dh

MONTANT

TIERS PAYANT 2

% / Dh

MONTANT

PART DU MALADE

% / Dh

MONTANT

AUTRES ACTES COTES EN K

Acte de Spécialité Médicale

K

10.00

22.50

225.00

0.00

225.00

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

47.71

0.00

47.71

FOURNITURES MEDICALES

11.25

0.00

11.25

Intervenant : M0200019 DR LAASRI AMINA

TOTAUX :

283.96

283.96

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT QUATRE-VINGT TROIS DHS ET QUATRE-VINGT SEIZE CENTIMES

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE :

0.00

REGLE :

283.96

AVOIR:

RESTE DU:

0.00

DATE FACTURE : 16/07/2023

EDITEE LE : 16/07/2023 PAR: R8658

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

DATE AT :

N° DE POLICE :

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