

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

- Reclamation : 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0013097

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05483 Société : RAM 900395

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AOUADANI SAID

Date de naissance : 20/01/1963

Adresse : Rue 529 NR 931 DB 213A1 CASABLANCA

CITE HASSANI

Tél. : 06 61 31 53 54 Total des frais engagés : 384,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/3/2024

Nom et prénom du malade : KARAM HAFIDA Age : 57

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : grippal

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 : CASABLANCA Le : 16/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
16/03/24	Consultation	1	189,33	DR. A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES 1000 SAINS	16/03/24	184,60
Tel. : 05 22 36 24 12		

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
G	00000000	00000000

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



POLYCLINIQUE C.N.S.S -
ZIRAOUI
BD ZIRAOUI, ANG RUE
GENERAL HENRYS RUE ABOU
AI ABBAS, CASABLANCA 20250
05 22 20 38 56, 05 22 22 05 90,05
22 29 88 54

ORDONNANCE MEDICALE

IPP: 2400023555



N° dossier: Urgences_1677/2024

Nom et prénom du patient: KARAM HAFIDA

Date naissance: 31/01/1967 (57 ans)

Service: URGENCES



34.70

BIOMYLASE 200 u ceip suspension buvable voie orale

200 U CEIP, voie orale 3 fois par Jour(s) Jour(s)



BIOVANIC 500MG 500 mg comprime pellicule secable voie orale

500 mg, voie orale 1 fois par Jour(s) pendant 5 Jour(s)

PREZAR 50 MG 50 mg comprime pellicule secable voie orale

50 mg, voie orale 1 fois par Jour(s) pendant 1 Mois

weez vit c / zinc

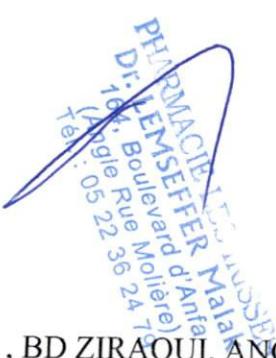
1 cp buccal 1 fois par Jour(s) Jour(s)



Éditée le: 16/03/2024 01:48

Signature et cachet du médecin
Dr. ARMIL KHADIJA

184.60



POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI , BD ZIRAOUI, ANG RUE GENERAL
HENRYS RUE ABOU AI ABBAS, CASABLANCA 20250 Tél : 05 22 20 38
56, 05 22 22 05 90,05 22 29 88 54 Fax :

مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

FACTURE N° :F240513840/P

N° classement : PAYANT - 11782



090001553

DATE FACTURE : 16-03-2024

Identification patient

N° IPP : 2400023555
Nom et prénom : KARAM HAFIDA

N° d'admission : S240504200

Information

Date d'entrée :	16/03/2024 01:01	Date de sortie :	16/03/2024 01:55
Organisme 1 :	PAYANT (Payant)	N° immatriculation 2 :	
Service d'entrée :	URGENCES	Medcin Traitant :	Dr. ARMIL KHADIJA
		Service de sortie :	URGENCES

Nature de Prestation	Intervenant	Lettre Clé	Quantité	PU	Taux Pec	Prix Total
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX : ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX	-	AMI	5	37,50	0,00	37,50
ACTES COTES EN C : CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOURS FERIES)	M0200034	CN	1	120,00	0,00	120,00

Total Pharmacie : 31,83

Nature de Prestation	Tiers payant 1		Tiers payant 2		Part du patient	
	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX	0,00	0,00	0,00	0,00	37,50	100,00
CN	0,00	0,00	0,00	0,00	120,00	100,00
PHAMO	0,00	0,00	0,00	0,00	24,63	100,00
DM NON REMBOURSAB	0,00	0,00	0,00	0,00	7,20	100,00
TOTAL	0,00 Dhs	-	0,00 Dhs	-	189,33 Dhs	-

Montant dû : 189,33

Avances : 0,00

Montant Réglé : 189,33

Reste du : 0,00

TOTAL FACTURE : 189,33 Dhs

Caisse des Urgences
Polyclinique CNSS Ziroui



Avoir : 0,00

Arrêtée la présente facture de la part patient
à la somme de :

cent quatre vingt neuf Dirhams trente trois Centimes

189,33 Dhs

EDITEE LE : 16 mars 2024 à 01:57

PAR : BELLAYNI SANA