

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothésaire :

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

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° P19- 0020319

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2945 Société : ✓

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Amal El Hafsi Date de naissance : 1943

Adresse : Hy. Hys Rachid - 5 km 1 N° 38 B

Tél. : 0522 20 62 16 Total des frais engagés : 1500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR. RAISOUNI Nouha
Rhumatologue**

Date de consultation : 28/06/19

Nom et prénom du malade : NE JAFIC Nastafa Age : 1943

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gonalgies droites

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 : Carap

Signature de l'adhérent(e) : Jouad

Le : 29/07/2019

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
28/06/19	C2	150 DH		Dr. A. B. C. DENTISTE RHABAT

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/7/2019	607,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service Radiologie clinique CNSS Ziraou	01/07/2019	ANALYSES MASTICATOIRE	300,00

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
<img alt="Dental chart showing upper and lower arches with				



N° IPP :	616551	N° SEJOUR :	190022856	FACTURE N° 1903005480				DATE D'ENTREE :	01/07/2019	DATE DE SORTIE :	01/07/2019
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	UF: 5003 RADILOGIE				JAMIL, Mostafa						
NOM JEUNE FILLE :	N° IMMAT C.N.S.S. :										
TIERS PAYANT 1 :	N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :	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 DE RADILOGIE		Z	30.00	10.00	300.00					0.00	300.00

Intervenant : 51213 DR BENBRAHIM ABDELILAH RADILOGUE				TOTAUX :	300.00						300.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
TROIS CENTS DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	300.00			AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 01/07/2019 EDITEE LE : 01/07/2019 PAR: SAGHIR				ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA				N° DE POLICE :				DATE AT :			
 Mme. ITTAOUIH FATIMA CAISSE DE SECURITE POLYCLINIQUE ZIRAOUI				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

+ ٢١٢ ٥٣٨ ٥٣٨ ٥٣٨

C N S S

Le devoir de vous protéger

IMAGERIE MEDICALE

مصحة
POLYCLINIQUE



الزراوي
ZIRAOUI

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur - Panoramique Dentaire -
Ostéodensitométrie - Scanner Multibarettes .

Casablanca, le 01/07/2019

NOM : Mr JAMIL Mostafa.

MEDECIN DEMANDEUR : Dr RAISOUNI.

EXAMEN : Radiographie deux genoux (F+P).

- Pincement de l'interligne articulaire fémoro-tibiale interne.
- Ébauche des ostéophytes des plateaux tibiaux et des condyles.
- Calcification du tendon rotulien.

Dr A. BENBRAHIM

Service Radiologie
PolyClinique CNSS Ziraoui



N° IPP :	1089441	N° SEJOUR :	190042294	FACTURE N° 1902012280				DATE D'ENTREE :	28/06/2019	DATE DE SORTIE :	28/06/2019
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	JAMIL,El Mostafa				UF:	6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI					
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :						
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :										
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	
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant :	04042019 DR RAISSOUNI NOUHA RHUMATOLOGUE	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 :	28/06/2019	EDITEE LE :	28/06/2019	PAR:	AZEDIN	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA				N° DE POLICE :						DATE AT :			
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef						BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA	
				N° compte bancaire :						011 780 0000 70 210 00 60 028 31			





وصفة

ORDONNANCE

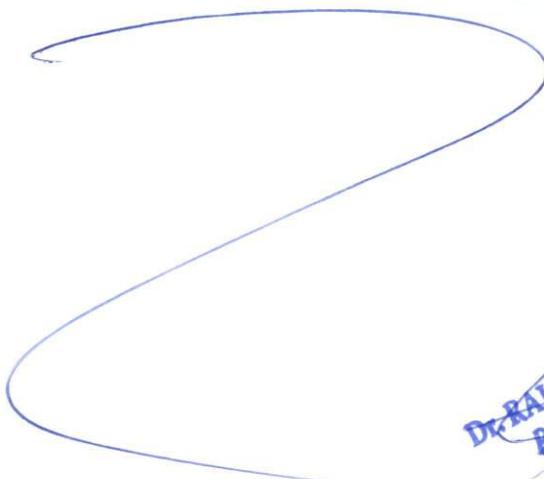
SERVICE DE PHARMACIE
Polyclinique CNSS Zirache

Le ٢٨ JUIN 2019

Mr JAMIL Mostafa.

Rx genoux Dt + G

- F { debout.
- P



Dr. RAISOUNI Nouh
Pharmacologue

OK

وصفة ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Dr. RAISOUNI Nouh
Rhumatologue

Le ... 1-7-19

M^{me} JAFIL Mostafa

19 Chondrosulf 600:

283,00
X2

1x3/j x 1 mois

puis 1x2/j x 2 mois

PPV	PPV
LOT	LOT
PER	PER

29 Vetsenil fat:

28,80
X2

1x3/j x 1 mois.

28,80
X2

30 Duoxol 500

37,00
X2

1x3/j x 7 j

LOT:024019 PER:03/24
PPV:37DH00

puis 5 la dernière

697,60

05 22 86 42 05 - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05

Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17DMP/21/NRQ

6 118001 271214
PPV : 283,00 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17DMP/21/NRQ

6 118001 271214
PPV : 283,00 DH