

# 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.

## 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.

## Educational :

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.

## Prothèse :

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° P19-0046360

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4387 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUTAYAN NADIA

Date de naissance : 19/02/1953

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 69 232544 Total des frais engagés : 209,1 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/10/2019

Nom et prénom du malade : JABRI Zoubida Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer

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 : 22/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :



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
12/12/19	SECURITE SOCIALE BLANCA - ZIRAOUI	9	159,00	Dr. BOURI Mohamed Médecin Généraliste Vacataire. Service des Urgences Polyclinique CNSS Ziraoui

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
12/12/19	SECURITE SOCIALE BLANCA - ZIRAOUI	9	159,00	Dr. BOURI Mohamed Médecin Généraliste Vacataire. Service des Urgences Polyclinique CNSS Ziraoui

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
12/12/19	SECURITE SOCIALE BLANCA - ZIRAOUI	9	159,00	Dr. BOURI Mohamed Médecin Généraliste Vacataire. Service des Urgences Polyclinique CNSS Ziraoui

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/10/19	50 -

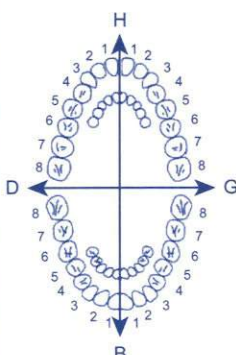
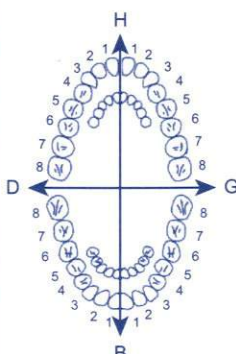
[illegible][illegible]

## 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>					
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>				
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>				
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>					
<table style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
H									
25533412 00000000	21433552 00000000								
B									
<table style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td></tr> </table>			(Création, remont, adjonction)		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>		
(Création, remont, adjonction)									
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									
<table style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">G</td></tr> </table>			D		00000000 35533411	00000000 11433553	G		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
D									
00000000 35533411	00000000 11433553								
G									
<table style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	B		
H									
25533412 00000000	21433552 00000000								
B									
									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

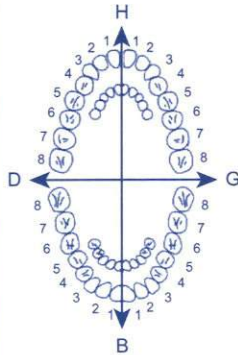
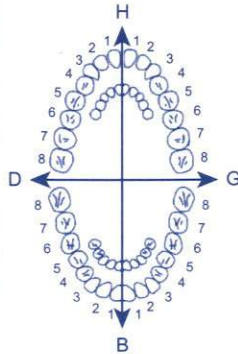
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>												
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>													
<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

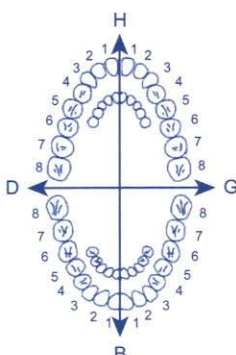
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>		
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>	
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>	
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>		
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>		
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>                      00000000    00000000                      35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>			
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<b>DATE DU DEVIS</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>		
			<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

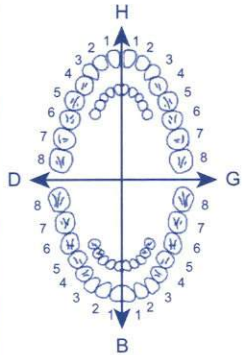
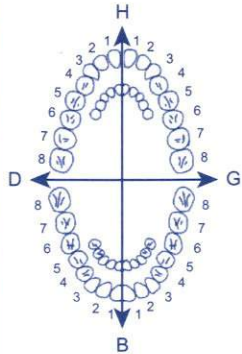
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>												
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>													
<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td></td><td>H</td><td></td></tr> <tr> <td>25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; width: 1px;"></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td>11433553</td> </tr> <tr><td></td><td>B</td><td></td></tr> </table>			H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>	
			H																							
		25533412		21433552																						
		00000000		00000000																						
		D		G																						
		00000000		00000000																						
		35533411		11433553																						
	B																									
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>																								
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>																								
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



وصفة  
ORDONNANCE

50,00  
PPV 500H00  
PER 03/22  
LOT 1746

le 12/10/19

JABRI Zoulikha

1) simple 2  
3/1/10/3

50 2) Carter 9  
1/1/10/3



PHARMACIE MERIEUX  
Droguerie  
N° 101 - Pharmacie  
Tél: 05 22 86 05 70

Dr. BOURI Mohamed  
Médecin Généraliste Vacataire  
Service des Urgences  
Polyclinique CNSS Ziraoui



N° IPP :	693204	N° SEJOUR :	190036541	FACTURE N° 1905016236		DATE D'ENTREE : 12/10/2019		DATE DE SORTIE : 12/10/2019			
ASSURE :						DESTINATAIRE :					
MALADE : JABI,Zoubida				UF: 5002 URGENCES		JABI,Zoubida					
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
ACTES COTES EN C											
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					36.00					0.00	36.00
FOURNITURES MEDICALES					3.00					0.00	3.00
Intervenant : 02022008 BOURI MOHAMMED GENERALISTE					TOTAUX :	159.00					159.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :					PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
CENT CINQUANTE NEUF DHS					REMISE :	0.00	REGLE :	159.00		AVOIR :	
					RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 12/10/2019					EDITEE LE : 12/10/2019	PAR: SAGHIR	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA					N° DE POLICE :					DATE AT :	
					Règlement 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	