

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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 caractéristiques personnelles.

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- 0015097

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

21,891
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4093 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GHAZZAR Abdellah Date de naissance : 17/12

Adresse : lot 1469 lot ONA II 2^e étage Dernière

Tél. : 0766.0819.68 Total des frais engagés : 433,11 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/02/2020

Nom et prénom du malade : GHAZZAR Meryem Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

obésité

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 : 15/02/2020

Signature de l'adhérent(e) : 

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
15/02/2020 16/02/2020	KNO	100% CONSULTATION EN CHIRURGIE BLANCA	200.171	Dr. EL MAMI MOHAMED MEDICIN GENERALISTE VALTAIRE POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth (1-28) arranged in four quadrants. The teeth are represented by circles with numbers indicating their position. The arch is oriented with the upper arch pointing upwards and the lower arch downwards. The following symbols are placed next to specific teeth to indicate orthodontic treatment planning:

- U:** Upper arch teeth 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27.
- L:** Lower arch teeth 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27.
- H:** Upper arch teeth 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27.
- D:** Lower arch teeth 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27.
- C:** Lower arch teeth 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN

~~EX-PPV 52.80 D.H.~~

FLAG CP PEL B20
CP PEL B20
P.P.V. 490H80
LOT: 19E00
PER.: 06 2

LOT: 19051
PER: 03-2
PPV: 11,3

وصفة

ORDONNANCE

le 15/10/2020

Mme Ghazzar Meryem

Dr. EL M. MOHAMED
MEDECIN GENERALISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

1) Spasfor 80mg

Agx 03/5 pdt 05

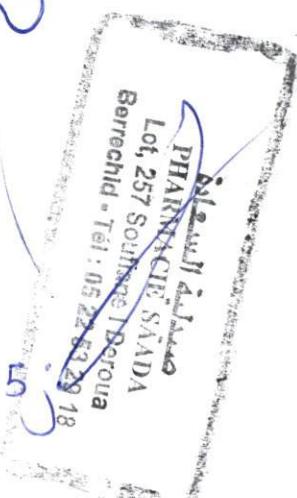
23/10

2) Rogalène 500mg

Agx 02/5 pdt 05

3) flagyl 500mg

Agx 03/5 pdt 07



4) Oedes 20mg
Agelatate 1/5 pdt 14/5 mat

Dr. EL M. MOHAMED
MEDECIN GENERALISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

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



Nom : Ghayat Prénom : Meylem

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

..... 15/02/2020

2) Renseignements cliniques sommaires :

Gastro entérite

3) Traitement envisagé et actes :

a VVP

a metronidazole

+ Specif.

a E lees

2) Durée prévisible du traitement :

A LE 15/02/2020

Signature



N° IPP : 704653 N° SEJOUR : 200006411

FACTURE N° 2005002789

DATE D'ENTREE : 15/02/2020

DATE DE SORTIE : 15/02/2020

ASSURE :

DESTINATAIRE :

GHAZZAR,Meryem

MALADE : GHAZZAR,Meryem

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. :

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				53.26					0.00	53.26
FOURNITURES MEDICALES				13.45					0.00	13.45

Intervenant : 167019 DR EL MADI MOHAMED GENERALISTE

TOTaux :

291.71

291.71

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT QUATRE-VINGT ONZE DHS ET SOIXANTE ONZE CENTIMES

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE :

AVOIR

291.71

AVOIR

DATE FACTURE : 15/02/2020

EDITEE LE : 15/02/2020 PAR: ZAHID

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

A large blue oval stamp with handwritten text in Arabic, which appears to be a signature or a stamp from a medical or administrative body. The text is partially legible and includes words like "SECURITE SOCIALE", "CASABLANCA", and "ZIRAOUI".