

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0043803

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2600 Société : A33324

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHADRAOUI 7A

Date de naissance : 29.05.1952

Adresse : 78 Rue Traker Ing. Samia (A.M) CASA

Tél : 0691972109 Total des frais engagés : 391,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/09/2022

Nom et prénom du malade : CHERHAOUI EL TEKNASSI Age: 19 ans

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

Nature de la maladie :

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 : CASA Le : 03/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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 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

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 Devis
30/09/22		1.50		DESADLER ABD LATIF Chirurgien orthopédiste Traumatologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Diouri Ayadi Mohamed Rachid Pharmacie Njad El Oulfa Casablanca / Tel : 05 22 91 45 78 INPE : 092060086	30/09/22	91,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/09/22	2.10	205,90

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'ODF.

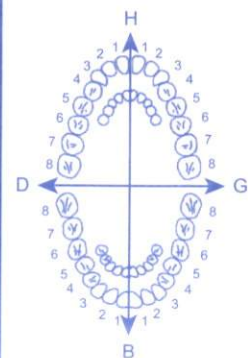
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession




Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU
 Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 751361		N° SEJOUR : 220031906		FACTURE N° 2203008324		DATE D'ENTREE : 30/09/2022		DATE DE SORTIE : 30/09/2022			
ASSURE :				DESTINATAIRE : CHERKAOUI EL MEKNASSI, Safia							
MALADE : CHERKAOUI EL MEKNASSI, Safia											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
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	
ACTES DE RADIOLOGIE											
Acte de Radiologie Médicale		Z	15.00	10.00	150.00					0.00 150.00	

Intervenant : 10494 DR EL GHISSASSI NEZHA RADIOLOGIE		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 : 30/09/2022		EDITEE LE : 30/09/2022		PAR: R8174		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE :				
						DATE AT :				
						Réglement 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				



POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU
Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA
Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 751361		N° SEJOUR : 220031864		FACTURE N° 2202010064		DATE D'ENTREE : 30/09/2022		DATE DE SORTIE : 30/09/2022			
ASSURE :						DESTINATAIRE :					
MALADE : CHERKAOU EL MEKNASSI,Safia				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		CHERKAOU EL MEKNASSI,Safia					
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		LETRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00 150.00	

Intervenant : M0200018 DR SADEK ABDELLATIF		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 : 30/09/2022		EDITEE LE : 30/09/2022		PAR: SIBAI		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE :				
						DATE AT :				
						Réglement 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				





IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur
Echographie Cardiaque - Scanner Multibarettes



Casablanca, le 30/09/2022

NOM : Mme CHERKAoui EL MAKNASSI Safia.

MEDECIN DEMANDEUR : Dr A.SADEK.

EXAMEN : Radiographie du genou gauche (F+P)

- Déminéralisation osseuse modérée.
- Absence d'autre lésion ostéo-articulaire.

Dr N. EL GHISSASSI





وصفة ORDONNANCE



le 30/09/2022

CHARKAOUI DEKNASH

DR. CHARKAOUI DEKNASH
Généraliste
Polyclinique Ziraoui
Casablanca

28,00



1/ Nodol boolemi

1/3/7 pdt 72

29,50



2/ Nefsal strong

1/7 pdt 107

34,40



3/ profenidol

1/2/7 pdt 107

Dr. Ayadi Mohamed Rachid
Pharmacien / Tél: 05 22 91 45 78
INPE: 092060088

DR. AYADI MOHAMED RACHID
Pharmacien
Polyclinique Ziraoui
Casablanca

T = 91,90

LOT: 22E004
PER: 03 2027

NO-DOL CODEINE
CP 820

P.P.V: 28DH00



LOT: 22E008
PER: 04 2024

PROFENID 2,5%
GEL T60G

P.P.V: 34DH40



وصفة

ORDONNANCE

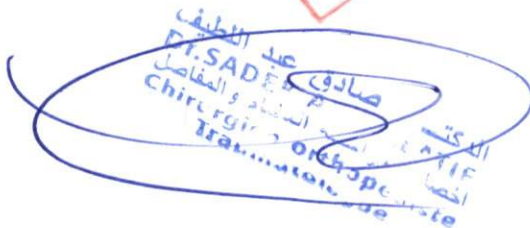


le 30/09/2022

CHERKAoui EL MEKNASSi SAFIA.

Rx pleuron G F+?




عبد الطيف
Dr. SAD
الاستشار والمقاص
Chirurgie
Traumatologie