

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-795705



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10513

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : LOUAFI SAID

Date de naissance : 16/04/1971

Adresse : LOT BLAD CHANA N°4 OUJDA

Tél. 0610 86 6586

Total des frais engagés : 440 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

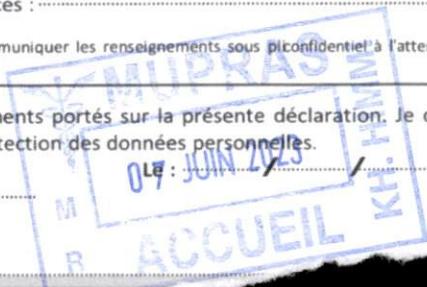
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 07 JUN 2013

Signature de l'adhérent(e) :

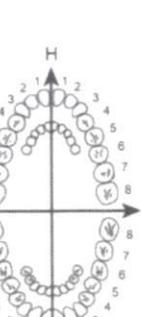


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
89-05-29	Technique URGENCES	1	26948	<p>INP : 0812548601 MÉDECIN : D. N. GERALISTE CLINIQUE : ADDAMAN ZIRAOUI</p> <p>RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES SOUSCRIT PAR LE MÉDECIN AINSI QU'AU BUREAU DE LA SOCIÉTÉ NOTRE SANTÉ NOTRE PRÉSÉRIE</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dr BENANI CUCUED SEBO ASABLANCA 29/05/2023	29/05/2023	171.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
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 l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
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 PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D		00000000	B		00000000	G		35533411	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
	D		00000000																
	B		00000000																
	G		35533411																
	[Création, remont, adjonction]																		
				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																			

وصفية

ORDONNANCE

LOT : 5980
PER : 12/25
PPV : 46DH00

59,30

LOT : 221093
EXP : 07/2024
PPV : 30,000DH

le 29/05/2023

Mr. Louafi Said



26,00

1 - Fuzol 20 mg

1cp J

15 min avant le repas

59,30

2 - Brexin

1cp 1 J

pdt 7 J

3 - Sedalgic

1cp x 31 J

pdt 7 J

4 - Alpraz 0,5 g

1 cp 1 J

pdt 7 J

LOT : 230701
EXP : 35,10
PPV : 35,70

171,00

Dr. BENAHMIA SAIDI
22, Bd Oued Sebou, Casablanca
Pharmacie ZIRAOUI

Dr. Kader LAASSAL
MEDICIN GENERALISTE
POLYCLINIQUE ADDAMAN

ZIRAOUI

POLYCLINIQUE ADDAMAN ZIRAOUI
Tél.: 05 22 20 38 56 / 05 22 22 05 90

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

El Firari Fatima-Zahra

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

29/05/2023

2) Renseignements cliniques sommaires :

Lo-balgie

3) Traitement envisagé et actes :

K₁₀ à l'haracie

→ Iprofenid et Coltrax
en IH

→ VVP

→ Paracetamol en perf
avec Acipan

2) Durée prévisible du traitement :

A Casa

LE 29/05/2023

Signature



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



N° IPP :	670298	N° SEJOUR :	230021281	FACTURE N° 2305006500			DATE D'ENTREE :	29/05/2023	DATE DE SORTIE :	29/05/2023	
ASSURE :							DESTINATAIRE :				
MALADE :	LOUAFI,Said			UF: 5002 URGENCES			LOUAFI,Said				
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	
AUTRES ACTES COTES EN K											
Acte de Spécialité Médicale	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				32.48					0.00	32.48	
FOURNITURES MEDICALES				12.00					0.00	12.00	

Intervenant : 10674 DR LAASSAL KAOTAR	TOTAUX :	269.48						269.48
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
DEUX CENT SOIXANTE NEUF DHS ET QUARANTE HUIT CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :	269.48			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 29/05/2023	EDITEE LE : 29/05/2023	PAR: R8658	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
VISA			N° DE POLICE :				DATE AT :	
			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				