

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 canaux, 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 canaux.

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

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-795705

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10013 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LOUAFI SAID

Date de naissance : 16/04/1971

Adresse : LOT BLAD CHANA NS4 OULFA

Tél. : 0610 86 65 86 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 :

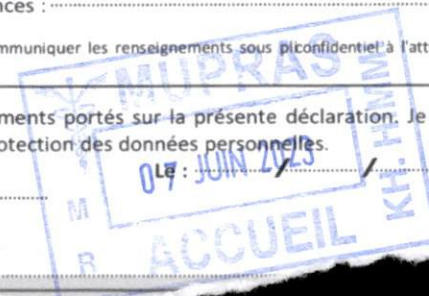
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A A 215/2019

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
29-05-2015	Urgences	2	694	<p>INP: 084250860</p> <p>DR. RAOUI</p> <p>FEDERATION</p> <p>GENERALISTE</p> <p>CLINIQUE</p> <p>ADDAMAN</p> <p>29/05/2015</p> <p>CLINIQUE ZIRAOU</p> <p>NOTRE SANTÉ NOTRE PRIORITÉ</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/05/2023	171.00

[illegible]

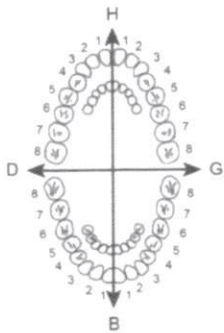
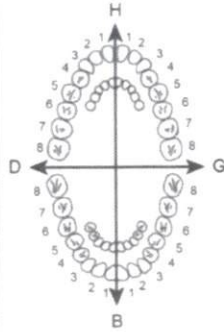
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة ORDONNANCE

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

le 29/05/2023

LOT : 221093
EXP : 07/2024
PPV : 30,00DH

Mr. Louafi Saïd

- 26.00
1 - Fuzol 20g
1cp / J 15 min avant le repas pdt 7 J
59.30
2 - Brexin
1cp / J pdt 7 J
30.00
3 - Sedalgic
1cp x 3 / J pdt 7 J
35.70
4 - Alpraz 0.5g
1cp / J pdt 7 J

LOT : 230301
EXP : 05/25
PPV : 35.70

171.00

Dr Kaoutar LAASSAL
MEDECIN GENERALISTE
POLYCLINIQUE ADDAMAN
ZIRAOU

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

مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

El Jirani 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 :

Kto a l'har-acie

→ l'nofenid et Coltrax

en IH

→ VVP

→ Paracétamol en l'arf

avec Acupan

2) Durée prévisible du traitement :

A Casa LE 29/05/2023

Signature

Dr. Kaouther LAASSAL
MEDECIN GENERALISTE
POLYCLINIQUE ADDAMAN



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 : 670298		N° SEJOUR : 230021281		FACTURE N° 2305006500		DATE D'ENTREE : 29/05/2023		DATE DE SORTIE : 29/05/2023		
ASSURE :				DESTINATAIRE : LOUAFI,Said						
MALADE : LOUAFI,Said										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERES PAYANT 1 :										
TIERES 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	TIERES PAYANT 1		TIERES 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 : DEUX CENT SOIXANTE NEUF DHS ET QUARANTE HUIT CENTIMES						PLAFOND PC :				ACOMPTE:			
						REMISE :	0.00	REGLE :	269.48	AVOIR :			
						RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 29/05/2023						EDITEE LE : 29/05/2023 PAR: R8658							
VISA 						ACCIDENT DE TRAVAIL :							
						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					