

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	1379	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL IDRISSI
Nom & Prénom :		LAIFI	
Date de naissance :		N/	
Adresse :		Mutuelle	
Tél. :		0613700709	Total des frais engagés : 2364,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	ABBADI M. AZZEDDINE Cardiologue		
Date de consultation :	30	7	2023
Nom et prénom du malade :	HSRY HASSA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	ALD		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	M ALCUEIL		
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 : 30/08/2003

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
30/08/23	CSC		250.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES.

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SAE AL OUARD Haj Nasser Pharmacien El Guita 0522 90 53 53 Sesayyed ablianca 5414680000057	30/09/23	2116,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

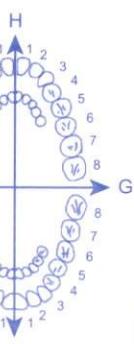
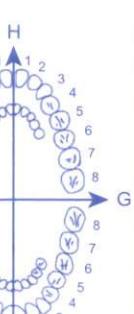
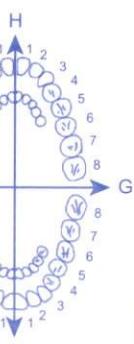
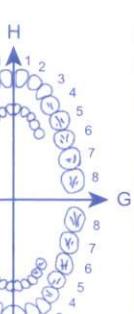
AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			
	H	25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H			MONTANTS DES SOINS
	G			DATE DU DEVIS
	B			DATE DE L'EXECUTION
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE

le 30/07/2023

M⁻ Harry Hassen

R⁻ P.Sel

M⁻ Kardeg 16P SV

M⁻ Dextrol 10.

M⁻ Pecapl 4P

M⁻ Aldactone 80 6/2 40L

M⁻ Hapilis 4P

PHARMACIE AL OUDAD
S/ CHALAK TAJ NASSER
Docteur M. Charafeddine
S.A.V. Oued Zirou - El Oufra
Tél/Fax : 05 22 90 53 45
Casablanca
ICE : 001541468000057



مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN



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

Le 20.8.2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné: **ABBADI M. AZZEDDINE**
Cardiologue

Certifie que Mlle, Mme, M : L'asay Hassen

Présente Cardiopathie ischémique statique + fibrolipide

Nécessitant un traitement d'une durée de:

03 mois

Dont ci-joint l'ordonnance: _____

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

ABBADI M. AZZEDDINE
Cardiologue



N° IPP :	777903	N° SEJOUR :	230034125	FACTURE N° 2302010909				DATE D'ENTREE : 30/08/2023 DATE DE SORTIE : 30/08/2023					
ASSURE :								DESTINATAIRE :	LASRY, Hassan				
MALADE :	UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI												
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 DE CARDIOLOGUE + ECG	CsC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00			

Intervenant : 1082006 DR ABBADI MOHAMMED AZZEDINE					TOTAUX :	250.00						250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
					REMISE :	0.00	REGLE :	250.00		AVOIR:		
					RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 30/08/2023 EDITEE LE : 30/08/2023 PAR: R9035					ACCIDENT DE TRAVAIL :							
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							

Caisse des Urgences
Polyclinique C.N.S.S Ziraoui