

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

- Reclamation : 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 :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL IDRISI LATIFA

Date de naissance :

Adresse : habituelle

Tél. : 06 13 7007 00 Total des frais engagés : 2151,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/08/2023

Nom et prénom du malade : EP idrissi Laabi latifa Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 08 SEP 2023

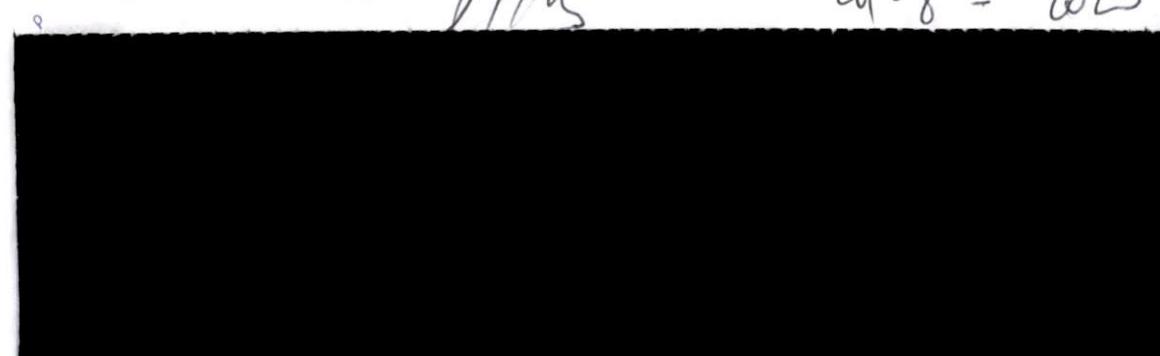
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

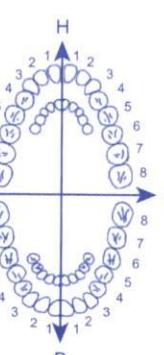
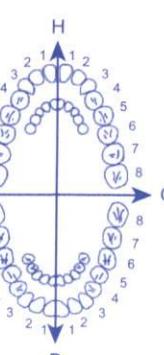
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : casablanca Le : 29/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : El Idrissi Latifa



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		
24/08/2023	SOUSCRIPTIONS CONSULTATION EXAMEN DIAGNOSTIC	100	100	DOCTEUR AZIZ AMINE TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE VACATAIRE POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUD		
24/08/2023			gratuit	DOCTEUR AZIZ AMINE TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE VACATAIRE POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUD		
EXECUTION DES ORDONNANCES						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture				
ALOUARD	24/08/2023	2001,60				
ANALYSES - RADIGRAPHIES						
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires			
ICE						
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 (List of treated teeth)		Nature des Soins (Nature of treatments)													
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">G</td> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

70058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5000 UI

4 comprimés

P.P.V.: 193,60 DH



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5000 UI

4 comprimés

P.P.V.: 193,60 DH



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5000 UI

4 comprimés

P.P.V.: 193,60 DH



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5000 UI

4 comprimés

P.P.V.: 193,60 DH

70058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5000 UI

4 comprimés

P.P.V.: 193,60 DH



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5000 UI

4 comprimés

P.P.V.: 193,60 DH



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5000 UI

4 comprimés

P.P.V.: 193,60 DH



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5000 UI

4 comprimés

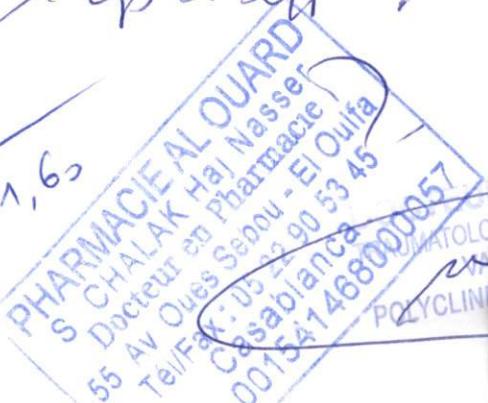
P.P.V.: 193,60 DH

le 24/08/2023.

El Solissi Latifa

1) Fosavance 4P
193,60 x 6 1 CP/jour au 22 mois

2) Fleximax 4P
280,00 + 3 1 CP x 26 au 23 mois.



LOT: 2307010
FAB: 07/2023
EXP: 07/2026
PUC: 280,00DH

LOT: 2307010
FAB: 07/2023
EXP: 07/2026
PUC: 280,00DH

VOTRE SANTE, NOTRE PRIORITE

ZIRAQUI

POLYCLINIQUE ADDAMAN ZIRAOUI - RUE AKNOU, BD. ZIRAOUI BOURGOGNE - CASABLANCA
TÉL : 05 22 20 38 56 / 05 22 22 05 90 - FAX : 05 22 22 29 91 - ICE : 001757364000080 - IF : 1602058 - CNSS : 1793307



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

Le 24/08/2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien

Je soussigné:

DOCTEUR AZIZ AMINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

Certifie que Mlle, Mme, M :

El. Elissa Lafla

Présente

Athrose + stéoporose

Nécessitant un traitement d'une durée de:

36 (36 mois)

- Bosawance (ou équivalent)
- Fleximap CP

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois et 6 mois

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

DOCTEUR AZIZ AMINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI



J

N° IPP : 777254	N° SEJOUR : 230032844	FACTURE N° 2302010484				DATE D'ENTREE : 22/08/2023				DATE DE SORTIE : 22/08/2023			
ASSURE :										DESTINATAIRE :			
MALADE : EL IDRISI LARBI,Latifa		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 SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00						0.00	150.00		

Intervenant : 52018 DR AZIZ AMINE ORTHOPEDISTE TRAUMATO				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 : 22/08/2023				EDITEE LE : 22/08/2023	PAR: R8658	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
						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 CNSS Ziroui*