

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.

Éducation :

- 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.

Prothèse 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
- Prendre en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 063041

ND: 78684

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 882 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABED ABIZ

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 : Douleur à l'abdomen

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 : / /


Signature de l'adhérent(e) :




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
10/6/21		200,10		Dr. Abdelkrim LARGAB Spécialiste en Traumatologie Orthopédie Bureau B, N°258, Rue Mustapha El Maani Mers Sultan - Casablanca Tél.: 05 22 22 33 00 / 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/06/2021	287,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/06/21	Rx 12	300,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

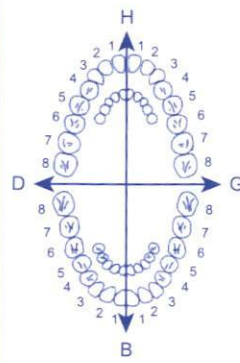
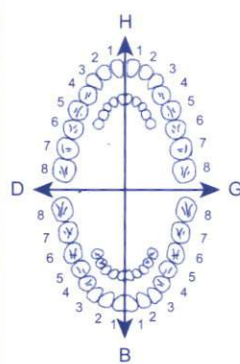
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	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'EX



Casablanca, le

27/6/2021

M^{me} ABGED SEVATI



222,00

19 Augmentin sachet

1 sachet x 3 (- x 80)

65,10

25 Ultra leuven gelule

1 gelule x 3 (- x 80)

287,10

34 Klipal 8

Apr 13 5:15,





buvable en sachet
poudre pour suspension



1g / 125 mg

AUGMENTIN
AMOXICILINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN
AMOXICILINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des repas,
pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الاكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 222,00 DH
LOT: 645517
PER: 06/22



Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

Lot :

مجموعة

Fab :

صنع

EXP :

صلاح لغاية

731

11-2020

11 2023

BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH



BIOCODEX
Maroc



CNCM 1-745

أروميسيس بولا ردي



كسولات
250 ملغ
20



OK/

Casablanca, le 10/6/2021

M^{me} FENHAZ EL GOMATI Hafida

Rx Bassin face

Rx Hanches G et D

SERVICE RADIOLOGIE
Polyclinique CNSS Ziraoui

Pr. Abdelkrim LARGAB
Spécialiste en Traumatologie
Orthopédie
Bureau B, N°258, Rue Mustapha El Maâni
Mers Sultan - Casablanca
Tél.: 05 22 22 33 00/01

POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
CASABLANCA - ZIRAOU
Frais pris en charge

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 : 718057	N° SEJOUR : 210003842	FACTURE N° 2103001593		DATE D'ENTREE : 11/06/2021		DATE DE SORTIE : 11/06/2021					
ASSURE : POLYCLINIQUE DE LA SECURITE SOCIALE CASABLANCA - ZIRAOU		UF: 5003 RADIOLOGIE		DESTINATAIRE : SENHAJI EL GHAWATI, Hafida							
MALADE : SENHAJI EL GHAWATI, Hafida		N° IMMAT C.N.S.S :									
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :									
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :									
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
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 DE RADIOLOGIE											
Acte de Radiologie Médicale		Z	30.00	10.00	300.00					0.00	300.00

Intervenant : M0200021 DR MESTOUR MOHAMED		TOTAUX :		300.00						300.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :							ACOMPTE :	
TROIS CENTS DHS		REMISE :		0.00	REGLE :		300.00		AVOIR :	
		RESTE DU :		0.00						
DATE FACTURE : 11/06/2021		EDITEE LE : 11/06/2021		PAR: SIBAI		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						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				

POLYCLINIQUE DE LA SECURITE SOCIALE CASABLANCA - ZIRAOU
Prais pris en charge

SERVICE RADIOLOGIE
Polyclinique CNSS Ziraou