

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4249

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

FAKIR ABID

106290

Date de naissance : 1.1.1950

Adresse : 13 Mohamed Abdari Bourgogne Lar

Tél. : 065.1798.27

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01.03.2022

Nom et prénom du malade : Fakir Abid Age:

Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cardiologie

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 : 1.1.1.1.1.1.1950

Signature de l'adhérent(e) :

Abid

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
21/03/2022	Consultation + Test Agipide	C 100 G 100 Polyclinique CNSS Zirouï	130/100 X	DR LAAD MADDOUNI Généraliste Polyclinique CNSS ZIROUÏ

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 MARCHE DE L'AVENUE 100, Bd Mokhtar Casablanca - Tel. 22 27 22 31 Bourgogne	02/03/2022	39840

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 :

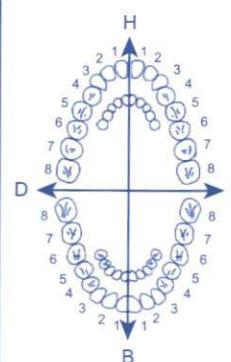
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d'explorations complémentaires.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
actionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE

مصحة
POLYCLINIQUE



الزيراوي
ZIRAOUI

le 02/03/2022

Mme DAOUDI
PHARMACIE DE L'AVENIR

CASABLANCA - Tel. 05 22 27 22 31

الضماء الاجتماعي
CNSS

Le devoir de vous protéger

900
2
900

✓ PAKIR Abid n° PRAS
mobile → 607

6900 XS 1 fois 25



PHARMACIE DE L'AVENIR
Mme DAOUDI

100, Bd Med El Meknassi Bourgogne

Casablanca - Tel. 05 22 27 22 31

✓ Beurkine Hélène
4730 160/25

✓ Epic. 75
7510 140 - Mercato



✓ PHARMACIE DE L'AVENIR
Mme DAOUDI
100 Bd Med El Meknassi Bourgogne
Casablanca - Tel. 05 22 27 22 31

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A. --
21,rue des Oudaya
Casablanca - Maroc
PPV : 47DH30

LOT : 201688
UT AV : 02/2023
PPV : 69,00DH

LOT : M0644
PER : 11/2023
PPU : 69,00DH

LOT : M0669
PER : 01/2024
PPU : 69,00DH

LOT : M0669
PER : 01/2024
PPU : 69,00DH

PPV : 75DH10

فم



Dr. SIWANE ABDELLAH
ORTHOPÉDISTE TRAUMATOLOGUE
ZIRAOUI

Polyclinique CNSS Ziraoui-Adresse BD.Ziraoui Bourgogne - Casablanca

Tél. n° : 05 22 20 38 56/57/59/60 - Fax n° : 05 22 22 29 91

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

NOM : Fakir Prénom : Abid

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

21/03/2022

2) Renseignements cliniques sommaires :

ATCDs : Diabetique

Necrose de gros
oeil Pied gauche

3) Traitement envisagé et actes :

CM
Test rapid corid

Hospitalisation

2) Durée prévisible du traitement :

A Casa

LE

01/03/2022

Signature

Dr. AASSAL KAOUI
Médecin Généraliste
Polyclinique ZIRAOUI