

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 **16759** Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : **9674**

Société : **ROYAL AIR MAROC**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOLASRAOUI KARIM

Date de naissance :

18-06-1967

Adresse :

**ANGLE RUE PARTHENON ET BLD ALEXANDRIE
RESI LÉNA QU DES HOPITAUX CASABLANCA**

Tél. : **0661 3201 80**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

29/5/2023

Nom et prénom du malade :

BENTZIRANE KARIM

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prise forte

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 :

0554

Le : **07/07/2023**

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
26/05/2023	Consultation	1	10,00 Dhs	Dr. ZGUENUI M'hamed Service des urgences Polyvalent CHUSS Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24.05.23	117,80

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 de l'ODF.

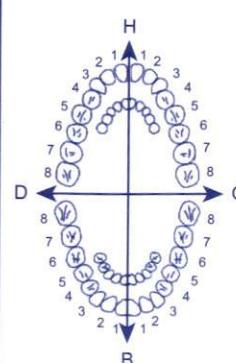
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



درب غلف
DERB GHALLEF

وصفة ORDONNANCE

Le 24/5/2023



ASRADUI KARIM

S.A.T N°1

35,00 x 2

Playm 500 mg

47,80

Dosage

1x 300 mg

Caisse Nationale d'Assurance Sociale - CASA

SV

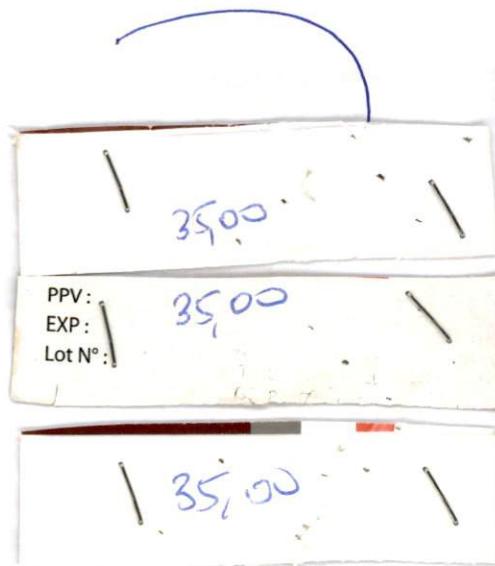
SV

ZGUENUI Abderrahmane
Service des Urgences
Clinique CNSS Derb Ghallef

17,80

Petit Potgent

x 4



MAS



Réf : 713 - 3 - 01

Note confidentielle

(A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom de l'assuré (e) :

Numéro d'immatriculation:

/ / / / / / / / / / / /

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que l'assuré(e)) : BOUASRAOU KARIM

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / / / /

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à barres* :

091141580

/ / / / / / / / / / / /

Dr. ZGUENI Abderrahmane
Service des Urgences
Polyclinique CNSS Tlemcen

24/05/2013

Date de la consultation / / / / / / / / / /

Diagnostic et motif des soins :

Phie foie

Antécédents et facteurs de risque :

Examen clinique à l'admission :

Résultats des bilans para cliniques :

Libellé et nature des soins :

Soton Ulo

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
	/ / / / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / / / /

Fait à : Le : / / / / / / / / / /

Signature et cachet du médecin traitant

*Accoller l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

Adresse OG :

Fax :

Tél. :



N° IPP :	1385389	N° SEJOUR :	230050021	FACTURE N° 2305014540				DATE D'ENTREE :	24/05/2023	DATE DE SORTIE :	24/05/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :	BOUASRAOUI,Karim		
MALADE :	BOUASRAOUI,Karim				UF:	5002 URGENCES					
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S.:						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :						
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	
AUTRES ACTES COTES EN K											
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00	
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00	
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX											
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				216.30					0.00	216.30	
FOURNITURES MEDICALES				19.35					0.00	19.35	

Total à reporter

548.15

0.00

0.00

548.15

N° IPP : 1385389	N° SEJOUR : 230050021	FACTURE N° 2305014540				DATE D'ENTREE: 24/05/2023		DATE DE SORTIE: 24/05/2023	
UF de présence: 5002 URGENCES									

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				548.15		0.00		0.00		548.15

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX :	548.15						548.15
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
CINQ CENT QUARANTE HUIT DHS ET QUINZE CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU:	548.15						
DATE FACTURE : 24/05/2023	EDITEE LE : 24/05/2023	PAR: MOURAD	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
VISA			N° DE POLICE :				DATE AT :	
			Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef				
			BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
			N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31				