

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.

Diologie 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.

Education :

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 :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise 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° P19-0026856

12896

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01354 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAÏ MESSAOUD

Date de naissance : 01-01-1947

Adresse : BOULEVARD FATEH OULFA - CASABLANCA

Tél. : 0664905742 Total des frais engagés : 57,1 + 142 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BOURI Mohamed
Médecin Généraliste Vacataire
Service des Urgences
Polyclinique ELISS Ziraoui

Date de consultation : 14/12/2019

Nom et prénom du malade : SAÏ MESSAOUD Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hémorragie Dentaire

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) : ASSOUIL

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
14/11/19		9	142,99	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
Cachet du Fournisseur

Pharmacie ARESKI
Docteur en Pharmacie
Rue 1 N° 59
Tél : 85.32.15 - 85.32.16

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

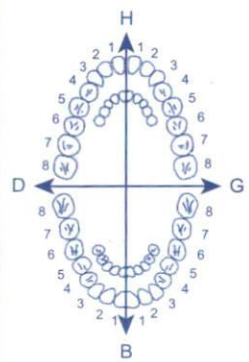
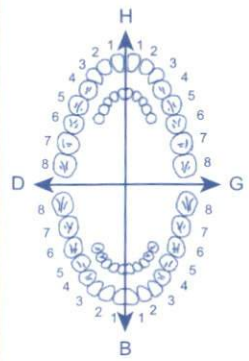
Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

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																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

وصفة
ORDONNANCE

le 14/12/13

Sai Testaoud

ش

Diagnose



14-31/02

Dr. BOURI Mohamed
Médecin Généraliste Vacataire
Service des Urgences
Polyclinique CNSS Ziraoui

PHARMACIE ARESKI
Docteur en Pharmacie
Hay Amel 1 Rue 2 N° 59
Tél : 85.32.16 - Casablanca

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAQUI
Boulevard ZIRAQUI 20000 CASABLANCA
Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	513724	N° SEJOUR :	190044511	FACTURE N°	1905019629	DATE D'ENTREE :	14/12/2019	DATE DE SORTIE :	14/12/2019	
ASSURE :					DESTINATAIRE : SAI, Messaoud					
MALADE : SAI, Messaoud	UF: 5002 URGENCES									
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 GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
Acte pratiqué par L'Infirmier(e)	AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES										
				5.54					0.00	5.54
FOURNITURES MEDICALES										
				2.45					0.00	2.45

Intervenant :	02022008 BOURI MOHAMMED GENERALISTE	TOTAUX :	142.99					142.99
Arrêtée la présente facture à la somme de : PLAFOND PC :			PLAFOND PC :	ACOMPT :			ACOMPT :	
CENT QUARANTE DEUX DHS ET QUATRE-VINGT DIX-NEUF CENTIMES			REMISE :	AVOIR 0.00	REGLE :	142.99	AVOIR :	
			RESTE DU :	0.00				
DATE FACTURE :	14/12/2019	EDITEE LE :	14/12/2019	PAR :	LAMLIH	ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAQUI			
			BANQUE :		B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA			
			N° compte bancaire :		011 780 00 00 43 210 00 60050 54			

MR. LAMLIH KHALID
CAISSIER AUXILIAIRE
POLYCLINIQUE C.N.S.S ZIRAQUI