

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

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° W19-442105

164364

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9020 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHALIDI ADIL

Date de naissance : 22/06/73

Adresse :

Tél. : 0662763203 Total des frais engagés : 323,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ABDELMASSOUBA  
PEDIATRE - INPE : 071183156  
Bd Oued L'OU, Im City Office, Etg 3, N° 6  
Quartier Moussini Oulfa H. HASSANI  
05 22 80 61 41 / 06 60 60 60

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Khalidi Adil Age :

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

Nature de la maladie : Virose respiratoire et digestive

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) :

*[Signature]*



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>04/10/2023</p> <p>Pharmacie El-Thamis 071 63 31 89</p>	04/10/23	<p>133,90</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

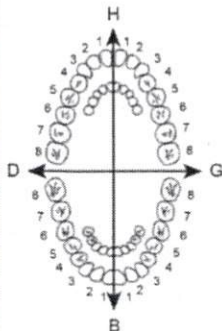
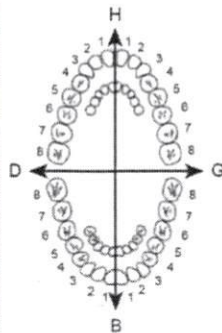
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي  
CNSS  
Le devoir de vous protéger

# وصفة ORDONNANCE

معدة  
POLYCLINIQUE



Mère - Enfant  
Hay Hassani

Le 04/01/2023

Idriss Khalid

2 - Vaso forte - 40 g

40,00  
2  
80,00

supra 315

2 - Vagale - 11,30

supra

3 - Omiz 10 g

23,60

gel 15/10

4 - Febrex 500

19,00

93,90  
133,90

UNILIC ROUTE ERRAHIM  
Dure Moula Thame  
Dure Moula Thame  
Dure Moula Thame

PPV 40DH00  
EXP 05/2025  
LOT 24045 3

PPV 40DH00  
EXP 05/2025  
LOT 24045 3

28,10

Lot :  
EXP :  
PPV (DH):

LOT : 8196  
UT. AV : 03-24  
P.P.V : 23 DH 60

Dr. ASMA ESSOUKRA  
PEDIATRE - INDE  
Bd Oued LAOU  
Quartier Missim  
05 22 89 61 41

PHARMED LOT : 2009  
UT. AV : 07-25  
PPV : 19DH00

POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT  
Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI  
20200 CASABLANCA  
Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71  
INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 764791 N° SEJOUR : 230000516

FACTURE N° 2305000225

DATE D'ENTREE : 04/01/2023 DATE DE SORTIE : 04/01/2023

ASSURE :

DESTINATAIRE :  
IDRISSI,Khalid

MALADE : IDRISSI,Khalid

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	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
	CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F	CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00

Intervenant : 470076 DR ESSOUIBA ASMA

TOTAUX : 190.00

190.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
CENT QUATRE-VINGT DIX DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE :

AVOIR :

RESTE DU: 190.00

DATE FACTURE : 04/01/2023

EDITEE LE : 04/01/2023

PAR: KAMAL

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

N° DE POLICE :

DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de :

POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT

BANQUE :

BMCE - YAACOUB ELMANSOUR

N° compte bancaire :

011 780 0000 71 210 00 60070 49

