

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.

armacie :

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.

tique :

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.

entaire :

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 051583

MJ = 30052

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 90396

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ARRIF BOUCHAIB

Date de naissance :

Adresse : 13 Rue 12 HAY OUL FA CNSA

Tél. : 060527018 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 :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

ZH

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.

Reéducation :

- 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 canalaire, 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 canalaire.

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

0 Réclamation	contact@mupras.com
0 Prise en charge	pech@mupras.com
0 Adhésion et changement de statut	adhésion@mupras.com

La mutuelle ne se charge pas de la gestion de la carte de membre et de la facture des prestataires et émettra une déclaration de garantie dans les délais nécessaires.

www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-490923

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **90394**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **ARRIF BOUCHAIB**

Date de naissance :

Adresse : **18 Rue 12 HAY OUL FA CASA**

Tel. : **0 660 52 70 18**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer le nom et le prénom 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **22/01/2020**

Z H

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-490923

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute reclamations ultérieures.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **90394**

Nom de l'adhérent(e) : **ARRIF BOUCHAIB**

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

22-1-20 L ds MOTH
15.02.2020 ds Great

Dr. A BENDAHMANE
Hépatologue gastroenterologue
CASABLANCA

PHARMACIE AL OUANDI		EXECUTION DES ORDONNANCES	
S. CHALAK Haj Nassar		Date	MONTANT DE LA FICHE
Docteur en Pharmacie			
55 Av. Oued Sebou - El Oued			
Fax : 05 22 90 53 45			
CASABLANCA			
CE : 00154146800002			
PHARMACIE AL OUANDI			
S. CHALAK Haj Nassar			
Docteur en Pharmacie			
55 Av. Oued Sebou - El Oued			
Fax : 05 22 90 53 45			
CASABLANCA			
CE : 00154146800002			
ANALYSES - RADIOPHARIES			

PHARMACIE AL OUARD		15/2/96 90	9
S. CHALAK Haj Nasser		ANALYSES - RADIOGRAPHIES	
Docteur en Pharmacie		Date	Designation des coefficients
59 Av. Cheik Sbibou - El Gueme 31/FAX 0522 90 53 45 Télé: 00212 33 0015114000005			

Cache de la signature du praticien	Signature du praticien	NOMS DES EXILIAIRES MEDICAUX	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
			A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة ORDONNANCE

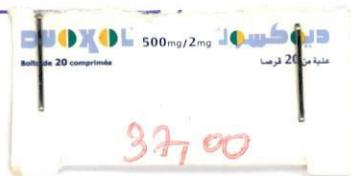
Le 22/01/2000

R = HADIA. ZOUBI

371 €

1 - Duodol 4

70



ACP 70 x 2 j x 10 j

2 - Rhumix sachet
Dr A BENDAHMANE
Hôpital Hassan II Casablanca
CASABLANCA

70

8 j

Dr A BENDAHMANE

Hôpital Hassan II Casablanca

CASABLANCA

Rhumix®
Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH

6 118000 191037



PHARMACIE AL O
S. CHALIK Haj Nassir
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oued Sebou - El Oued
Tél / Fax : 05 22 90 53 45
Casablanca
ICP : 0015411430040751

Total : 59,-

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 20 05 22 86 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05

Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

PHARMACIE
S. CHALIK Haj Nassir
61, Bd Anouar
Téléphone : 05 22 86 42 05
22 TOFAIL
Casablanca
22
Le 22/01/2000



وصفة ORDONNANCE

AS 109/2020
Le 05/09/2020
NCA

LOT 7205
PER 12-22
PPU 3000 DH

D = HATLA Zah

3000,-

1. SSB 400

400

1cp/j

PHARMACIE AL GUARD
Dr. CHALAK Haj Nassar
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oued Sebou - El Cite
Tél / Fax : 05 22 90 53 45
CASABLANCA
Casablanca 146800657

LOT 3443
PER 05-21
PPU 1549 DH

PHARMA5

1549,-

2 - Dakarvital cp

1cp/j

+ 23m/25

PHARMACIE AL GUARD
S. CHALAK Haj Nassar
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oued Sebou - El Cite
Tél / Fax : 05 22 90 53 45
CASABLANCA

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 20 إلى 05 22 86 30 20 - 05 22 86 42 05

Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

Dr. A. BENDJEDID
Hépatosigmo-colonique
CASABLANCA

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
 20100 CASABLANCA
 Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
 INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1128723	N° SEJOUR :	200006084	FACTURE N° 2002001738				DATE D'ENTREE :	22/01/2020	DATE DE SORTIE :	22/01/2020
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								HATLA,Zahra		
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	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant :	02022017 DR BENDAHMANE ASMAE GASTRO-ENTEROLOGIE	TOTAUX :	150.00							150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :						ACOMPTE:		
CENT CINQUANTE DHS			REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR:		
			RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE :	22/01/2020	EDITEE LE :	22/01/2020	PAR:	AZEDIN	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :			DATE AT :					
			Réglément à effectuer à l'ordre de :			POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef					
			BANQUE :			BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
			N° compte bancaire :			011 780 0000 70 210 00 60 028 31					





MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

valable 3 mois

Dr. A BENDAHMANE
Hépatogastroentérologue

CASABLANCA
Le 15/09/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. A BENDAHMANE
Hépatogastroentérologue

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Hépatogastroentérologue
Casablanca - Rabat

Présente une hépatite virale "C" chronique.

Nécessitant un traitement d'une durée de : 03 mois + Swallow

+ Sui + longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

SSB400 + Dr. Khi (1cp/j x 3mois)

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heijtz) - Casablanca