

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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

- Réclamation : 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° P19- 0040281

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1384 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHAMLI CH I Mohamed

Date de naissance : 01-01-1951

Adresse :

Tél. : 06 02 15 41 42 Total des frais engagés : 35730 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/11/2020

Nom et prénom du malade : KHAMLI CH I Mohamed Age : 70

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

Nature de la maladie : Dermatose

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 : CASABLANCA Le : 13/11/20

Signature de l'adhérent(e) :

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
09/11/2020		2	150.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU PARADIS Dr. BOUSTANE Zakia N° 8 Dar Lamane Mohammadi - CASA Tél: 0522.60.80.71	09/11/2020	207.30
	11/11/2020	48.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE DU PARADIS Dr. BOUSTANE Zakia N° 8 Dar Lamane Mohammadi - CASA Tél: 0522.60.80.71			

AUXILIAIRES MEDICAUX

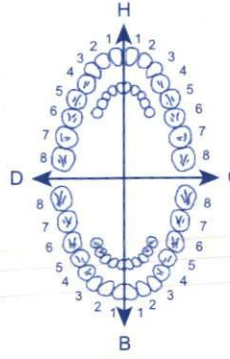
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

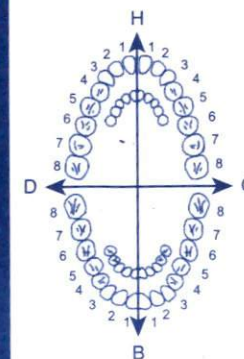
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي
CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة ORDONNANCE

مصححة
POLYCLINIQUE



سيدي البرنوصي
Sidi Bernoussi

le 09.11.2020

KHAMLI CITY Mohamed

2000

(S.V)

①

clenidenn creme

PHARM
Dr. BO
Bloc L - N
Hay Moha
Tél: 0522.80.80.71

20,00

(S.V)

87,30

②

Dermafix creme

LOT 20002
PER 02/23
LOT 020H30
87,30

50,00 x 2

(S.V)

③

antec cp

PPV 50DH00
PER 11/20
PPV 50DH00
PER 10/21
LOT H2078
50,00

207,30

1 cp / j

RDV 2 4 sem

Dr. Bernoussi
Dermato-vénérologie

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72



Facture N° 10 Du 11/11/2020

10/11/2020

Khoulidi Mad

FO	PRODUIT	QTE	PRIX	QTE * PRIX
PD	DIPROSONE PDE GM	1	32.50	32.50
CP	DOLIPRANE 1G EFFERVESCENT	1	15.80	15.80
	Total			48.30

Arrétée la présente facture à Quarante Huit Dirhams Et Trente Centimes



POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI
HAY'EL-QODS
20600 CASABLANCA
Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72
INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 504373	N° SEJOUR : 200036780	FACTURE N° 2002015946		DATE D'ENTREE : 09/11/2020		DATE DE SORTIE : 09/11/2020					
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : KHAMLICHI, Mohamed							
MALADE : KHAMLICHI, Mohamed											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 100103 DR. LEMKADEM KHALIL	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU:	150.00						
DATE FACTURE : 09/11/2020	EDITEE LE : 09/11/2020	PAR: ALAMI	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI			
			BANQUE :		BMCE - BERNOUSSI			
			N° compte bancaire :		011780000049210006006888			

