

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

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

ND: 21619

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014850

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2869 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAHOUIRY ABDERRAHMAN Date de naissance :
Adresse : 29 Rue Benafssaj - HAY ERRAHA
Tél. : 06 77 90 90 84 Total des frais engagés : 150 DH + 213,10 - 108,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. Zakia Soubhi
ORL
Polyclinique CNSS Derb Ghallef
Casablanca
Date de consultation : 03/02/20
Nom et prénom du malade : FAKIR Halima Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : affections ORL
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 : CAS Le 03/02/20

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
03/02/20	G	C	110	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourneau	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HIBA Hay Riha Rue Banafsale N°51 Bis Beauséjour - Casa Tél: 022.94.99.34	03/02/20	213,10
PHARMACIE HIBA Hay Riha Rue Banafsale N°51 Bis Beauséjour - Casa Tél: 022.94.99.34	10/02/20	108,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

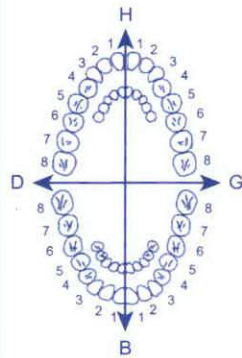
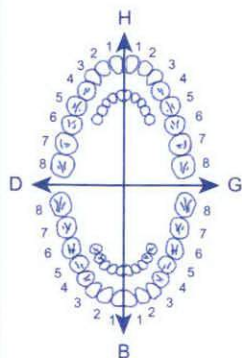
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div> G </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE



Le 03/02/20

Dr. FAHER Halima

149,50

1 Spectin 200 mg 20

44,20 1 cpa 2 jrs

2 Dylal 20

sepe 2 jrs, par voie

19,40

31 Antibio synala

3 jrs a 3 jrs, 200 mg

213,10

Dr. Zakia Soubhi

polyclinique CNSS Derb Ghallef
Casablanca

ANTIBIO SYNALAK

19,40

DIFAL®

Diclofenac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH



6 118000 190349

43-20x90

149,50

وصفة
ORDONNANCE



Le 10/02/20

FARINI Halima

33,00
1 Spectum 1 K
+



PHARMACIE HIBA
Hay Reha Rue Banafsaj
N°51 Bis Beaussefou - Casablanca
Tél: 022.94.99.34

~~Solument~~
~~2000~~

3, 1, 3, 1
Doubt

65,00
4 Droperol 2g



3, 1, 3, 1
L'ordonnance est en cours

10,60
3) Dolestop
2, 1, 3, 1



Dr. Zakia Soubhi
QR
CNSS - Casablanca
Polyclinique

108,60

33,00

LOT: R090415
PER: 06-2022
PPV: 33,00DH



65,00

1060

LOT : 5826
U.T. AV : 10-22
P.P.V : 10 DH 60

PH

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 : 1131190		N° SEJOUR : 200009440		FACTURE N° 2002002725		DATE D'ENTREE : 03/02/2020		DATE DE SORTIE : 03/02/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE : FARIHI, Halima							
MALADE : FARIHI, Halima											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
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 SPÉCIALISTE		CS	1.00	150.00	150.00					0.00 150.00	

Intervenant : 10531 DR SOUBHI ZAKIA (O.R.L)		TOTAUX :		150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 03/02/2020				EDITEE LE : 03/02/2020		PAR: AZEDIN		ACCIDENT DE TRAVAIL : N° DE POLICE : DATE AT :		
VISA				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA 011 780 0000 70 210 00 60 028 31				
				BANQUE :						
				N° compte bancaire :						

Dr. Zakia Soubhi
O.R.L
Polyclinique C.N.S.S Derb Ghallef
Casablanca