

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-641887



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

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	11414	Société :	77 590
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BICHARI OTHMANE			
Date de naissance :	17/02/1978		
Adresse : Salmia 2 Rue 32 - 32000 Tanger			
Tél. :	0670872403	Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	05/07/2021	Age :	43
Nom et prénom du malade :	BICHARI OTHMANE	Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Traitement facial.		
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 : 06/07/2021 Le : 06/07/2021
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
05/07/2021				INP : [REDACTED] Dr ZAKRICK Chirurgien Dentiste de la Famille

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
Pharmacie Hay Ennas Ben M'SIM - Casablanca Tél : 05 22 28 87 31	5/07/2021	825,00	
	05/07/21	825,00	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier ou une Quatrième partie	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
Kit Meilleur et Cie 38, rue de l'Industrie - Casablanca Quartier Sidi Abdellah - 286 03 86 Tél : 05 22 28 87 31 - Fax : 05 22 00 04 19	05/07/2021	AM	PC	IM	IV
					180,00

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	CŒFFICIENT 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 05/07/2021

Mr Bichou Addamane

221,00

①

Chlorulin 1 mg
1x30

②

Selenued Long 90
Sup Ufin pft 50

③

Cidol 9

- 1x30

89,50

④

Rheologaya 100 ml

- 1x100 ml

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

CLAVULIN 1 g/125 mg
24 sachets

6 118000 161332



100 ml E 175 g

ACL 454 736.2
CN 172326.0

CE
0459

3 700366 000108

LOT



LOT: 91624
PER: 07/2022
PPC: 89.50 DH

RHINOLAYA

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 08/07/2021.

Mr Badii Othmane-

①

Bridge Mas

KIT MED SLAOUI ET CIE
33, Rue Lahcen Al Arjoune
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 05 22 86 04 31 - 05 22 86 06 66
Fax: 05 22 86 04 70 - 05 22 86 06 66
150.00

②

Urgo fix

KIT MED SLAOUI ET CIE
33, Rue Lahcen Al Arjoune
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 05 22 86 04 31 - 05 22 86 06 66
Fax: 05 22 86 04 70 - 05 22 86 06 66
30.00

Dr Tarik MAMLOUTE
Chirurgie Plastique Faciale
Chirurgie Esthétique
Chirurgie et Médecine
esthétiques de la Face

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 08/07/2021.

Mr Béchir Attamane.

L₂
L15 R2



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 : 1225267	N° SEJOUR : 210051487	FACTURE N° 2105031016				DATE D'ENTREE : 05/07/2021 DATE DE SORTIE : 05/07/2021				
ASSURE :						DESTINATAIRE : BICHRI,Othmane				
MALADE : BICHRI,Othmane		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
AUTRES ACTES COTES EN K										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	30.00	22.50	675.00					0.00 675.00	
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00 150.00	

Intervenant : 10092019 DR MAHLOUTE TARIK CHIRURGIEN MAXILLO FACIALE		TOTaux : 825.00								825.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : HUIT CENT VINGT CINQ DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
				REMISE : 0.00	REGLE : 825.00					AVOIR:	
				RESTE DU: 0.00							
DATE FACTURE : 05/07/2021		EDITEE LE : 05/07/2021		PAR: SAAD		ACCIDENT DE TRAVAIL : 					
VISA				N° DE POLICE : DATE AT :							
				Règlement 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							