

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

- 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



Déclaration de Maladie

M22- N° 004955

ND: 117805

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00450 Société : Royal Air Maroc
 Actif Pensionné(e) Autre : Retraité
 Nom & Prénom : ZEGGANI Mohamed
 Date de naissance : 01.01.1952
 Adresse : 119 Hay Al Wahda, El Aïa 20830 Mohammadia (Maroc)
 Tél. : 0633266200 Total des frais engagés : 323,78 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/05/2022
 Nom et prénom du malade : N° ZEGGANI Rahma Age : 1.11.1945
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : URGENCE
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : non
 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 : Mohammadia Le : 23/05/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
23.05.22	G			 <p>Dr. BOUSTATI KAOUTAR Médecine Générale Polyclinique CNSS Mohammedia INPE:061237939</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>HARMACIE LE TRIOMPHE Dr. BERRI Najat Ep. LBOUC N° 165, Bd. De la Résistance El Aïna - MOHAMMEDIYA Tél. 22 22 22 76</p>	23/5/2022	174,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

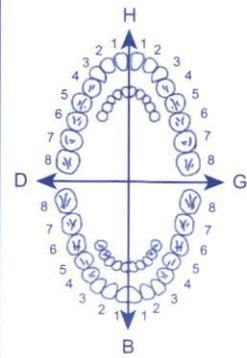
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

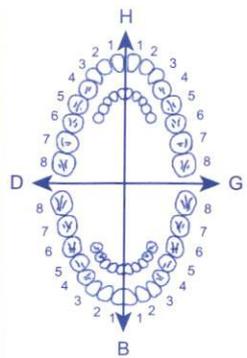
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

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



	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	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

وصفة
ORDONNANCE

le 23-05-2022

MRM Rafma Zeggani

1/ Zamox 1 g sachet

1s x 21j pot 8j

146
2/ Parental 1 g cp

1 cp x 31j

146
3/ Difal 50 mg cp

1 cp j pot 8j

PHARMACIE EL HASSANIA
BERRI Najat Ep. LBOUCHE
165, Bd. De la Résistance
El Alia - MOHAMMEDIA
Tél : 05.23.32.47.61



Dr. BOUSTATI KAOUTAR
Médecine Générale
Polyclinique CNSS
Mohammedia
INPE: 061237839

PPV: 116DH00
PER: 02-25
LOT: L 695

PARANTAL® 1g

PPV 14DH60
EXP 09/2024
LOT 19019 4

DIFAL®

Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés

PRV : 44,20 DH



6 118000 190349



N° IPP : 289648	N° SEJOUR : 220009516	FACTURE N° 2205004226	DATE D'ENTREE : 23/05/2022	DATE DE SORTIE : 23/05/2022
ASSURE :			DESTINATAIRE : ZEGGANI,Rahma	
MALADE : ZEGGANI,Rahma NOM JEUNE FILLE :		UF: 5002 URGENCES		
		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 GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				15.02					0.00	15.02
FOURNITURES MEDICALES				6.40					0.00	6.40

Intervenant : M0600005 DR BOUSTATI KAOUTAR	TOTAUX :	148.92						148.92
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT QUARANTE HUIT DHS ET QUATRE-VINGT DOUZE CENTIMES	PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU :	148.92						
DATE FACTURE : 23/05/2022	EDITEE LE : 23/05/2022	PAR: KHADIJ	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
VISA	N° DE POLICE :		DATE AT :					
Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA					
BANQUE : MEDIA			BANQUE : MEDIA					
N° compte bancaire :			N° compte bancaire : 011.787.0000152100060443.40					

