

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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 063418

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10024 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENDOUAR MOHAMED
Date de naissance : 03/10/1969
Adresse : 72, ST MAZOUA, RUE 1, HAY KASSANI, CASA
Tél. : 0626090200 Total des frais engagés : 100 + 14150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/07/2022
Nom et prénom du malade : BENDOUAR MOHAMED Age : 54 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Plaque polypé
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 : 28/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
28/1/22	2	1	190.07	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie HAKMAOUI & Co. 16 Boulevard de la République - Casablanca 20100	28/5/22	142,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

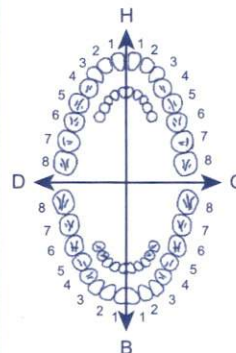
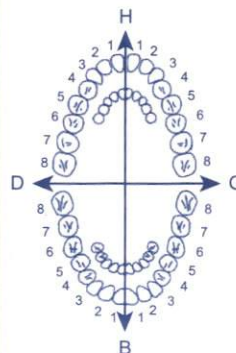
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (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



الضمان الإجتماعي
+oH0%+o+ loC%+

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE

مصة
POLYCLINIQUE



Mère - Enfant
Hay Hassani

Le 28-5-22

BANOUAT
Sobh eddine

PPV: 70,60 DH
LOT: 648754
PER: 01/2024

70,60

1^{re} Supmentin 1kg
1 de 161 + 3h

7.0

LOT : 8499
UT. AV : 04 - 24
P. P.V : 30 DH/00

30,100

2-

Belhiz
160 84/1

7.0

12,80

555

87-

Depression 300

7.0

PPV: 120 DH
PER: 06/22
LOT: 1198

25/10

4/14

50

50 fakin
+ 8h

7.0

Lot : 28,10
EXP :
PPV (DH):

Hay Hassani

POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT
 Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI
 20200 CASABLANCA
 Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71
 INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 738537		N° SEJOUR : 220016863		FACTURE N° 2205006034		DATE D'ENTREE : 28/05/2022		DATE DE SORTIE : 28/05/2022			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : BENOUAR,Salaheddine					
MALADE : BENOUAR,Salaheddine											
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		CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00
CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F											

In:ervenant : 470098 DR LAMRIMED YOUSSEF		TOTAUX :		190.00						190.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT QUATRE-VINGT DIX DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	190.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 28/05/2022		EDITEE LE : 28/05/2022		PAR: HAYAT		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE : DATE AT :				
						Réglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT				
						BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR				
						N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49				

