

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

- Reclamation : 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° W21-723209

126087

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11048 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAROUKI Charifa

Date de naissance : 22-02-1975

Adresse : Habi Boula

Tél. : 0643146800 Total des frais engagés : 604,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MAROUKI Charifa Age :

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

Nature de la maladie : Consultation gynécologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie a 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 : OUSA Le : 18/08/2022

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
12/07/22	C2	150		INP : 091219188

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUBARAKA BOUGHOU Wafaa Docteur en Pharmacie 6 Bloc 1 Hay Moubaraka Bernoussi Tél: 522 76 76 41 CASABLANCA	12/07/22	155,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/07/22	Bg	99,...

AUXILAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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



مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

SIDI BERNOUSSI

وصفة ORDONNANCE

Casablanca, le 12/07/2012

Dr. Harrouki
Chauha

27.5 Spasme (S.V.)
10 x 20

38.30
Pess. Gyne x 05 (S.V.)

90.00
10/07

Oui sler (S.V.)
Tette

155.80 Dr. Mariama HACHEM
GYNECOLOGUE-OBSTETRICIENNE
POLYCLINIQUE CHES SIDI BERNOUSSI

Dr. Bensaid salah mohamed Hay El Qods Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72

LOT: 210629
PER: 12/2026
PPV: 27,50 DH

POLYGYNAX®

6 capsules vaginales

MAPHAR
POLYGYNAX 6 capsules vaginales
Bd. Alkimia No. 6, QI-Sidi Bernoussi,
Casablanca / Maroc
P.P.V. : 38DH30



6 118001 182015

Liste des excipients à effet notoire :

Huile de soja hydrogénée.

Forme pharmaceutique : capsule vaginale.

Indications thérapeutiques :

traitement local des infections vaginales.

Mode et voie d'administration :

voie vaginale.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

Lire attentivement

la notice avant utilisation.

Précautions particulières de conservation

À conserver à une température
ne dépassant pas 25°C.

Laboratoire INNOTECH INTERNATIONAL

Importé sous licence par :

maphar

Bd. Alkimia No. 6, QI-Sidi Bernoussi,
Casablanca / Maroc

Lot

Exp

59681

08/2023



مصحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

SIDI BERNOUSSI

306

وصفة
ORDONNANCE

12/07/2022
Casablanca, le

Dr. Farouk
Cherifa

E CBV



Mariam MHER
Gynécologue Obstétricien
Sidi Bernoussi

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



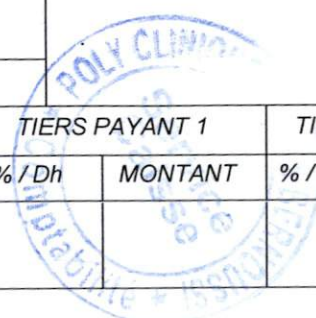
N° IPP : 601762	N° SEJOUR : 220027661	FACTURE N° 2202010772		DATE D'ENTREE : 12/07/2022		DATE DE SORTIE : 12/07/2022				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : MARZOUKI,Charifa		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		MARZOUKI,Charifa						
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 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
CONSULTATION DE MEDECIN CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 10574 DR. MAHER MARIAMA	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 : 12/07/2022	EDITEE LE : 12/07/2022	PAR: MOUJAH	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			



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 : 601762		N° SEJOUR : 220027807		FACTURE N° 2203001320		DATE D'ENTREE : 13/07/2022		DATE DE SORTIE : 13/07/2022			
ASSURE :				DESTINATAIRE : MARZOUKI,Charifa							
MALADE : MARZOUKI,Charifa											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				UF: 5004 LABORATOIRE							
REF. PC 1 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
				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
ACTES DE BIOLOGIE		B	90.00	1.10	99.00					0.00	99.00
ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE											

Intervenant : 106999 EQUIPE,BIOLOGISTES BIOLOGISTES		TOTAUX :		99.00						99.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DIX-NEUF DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	99.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 13/07/2022				EDITEE LE : 13/07/2022		PAR: FAZAZI		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :		
						Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI		
						BANQUE :		BMCE - BERNOUSSI		
						N° compte bancaire :		011780000049210006006888		



NOM : MARZOUKI
PRENOM : CHARIFA
SEJOUR : 27 807
SERVICE : EXT
DATE : 13/07/2022
MEDECIN :

ECBU

ASPECT : LEGEREMENT TROUBLE

CULOT : MOYEN

CYTOLOGIE :

leucocytes : RARES

hematies : ASSEZ NOMBREUSES

cylindres : NEANT

cristaux : NEANT

levures : NEANT

cellules Epitheliales : ASSEZ NOMBREUSES

cellules Renales : NEANT

EXAMEN DIRECT : NEGATIF

CULTURE SUR MILIEUX USUELS : NEGATIVE

