

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'Horizon
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° W21-654606

128731

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7951 Société : R A M
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAMRABET AHMED
 Date de naissance : ANDALOUS I RUE3 N°54 CASABANCA
 Adresse :
 Tél. : 0679982679 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 10/08/2022
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : 30/08/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



الضمان الاجتماعي
CNSS
Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



Mère - Enfant
Hay Hassani

Don et 2
283

13 / 08 / 2022

DR. BAHIJ ANASSER
PEDIATRE
Hay Hassani
El Fida Casablanca
Tel.: 05 22 28 02 26

① Anesil 500mg
3340ml 10 - 3 j

② Biogyl n up
4000 1000

③ Delipon sechi
1220 1000

④ 14400
Dr. BAHIJ ANASSER
PEDIATRE

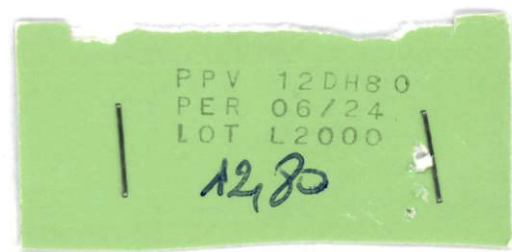
LOT:
PER:
PPV:



بيوميلاز®

200 U.CEIP/ml

40,00



PPV 12DH80
PER 06/24
LOT L2000

12,80

12 doses
flacon de 60ml
suspension buvable
poudre pour



Amoxil
amoxicilline
500 mg/5 ml

Amoxil 500 mg/5 ml poudre pour
amoxicilline suspension buvable

..... cuillère(s)-mesure(s) fois par jour à
prendre indifféremment avant, pendant ou après les
repas, pendant jours.

مقياس ملعقة.... أيام بغض النظر عن اتخاذ قبل أو أثناء أو بعد وجبات
الطعام لمدة.... أيام

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

بوصفة طبية فقط
احترام الجرعات الموصوفة

PPV : 33,40 DH
LOT : 649000
PER : 01/2025

Composition :

Amoxicilline (sous forme trihydratée) 500mg
pour une cuillère-mesure de sirop reconstitué soit 5ml.

اموكسيسيلين 500ملغ مقياس ملعقة شراب معاد تشكيل أي مايعادل 5 ملل

Ce médicament contient de l'aspartam et des sels de sodium.
Après addition d'eau non gazeuse jusqu'au trait circulaire,
on obtient 60ml de sirop reconstitué soit 12 cuillères-mesures
de 5ml.

يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام و أملاح الصوديوم بعد إضافة الماء غير الغازي
إلى حدود الخط الدائري، نحصل على 60 ملل من الشراب أي مايعادل 12 ملعقة
من فئة 5 ملل

12 doses
flacon de 60ml
suspension buvable
poudre pour



Amoxil
amoxicilline
500 mg/5 ml

Amoxil 500 mg/5 ml poudre pour
amoxicilline suspension buvable

..... cuillère(s)-mesure(s) fois par jour à
prendre indifféremment avant, pendant ou après les
repas, pendant jours.

مقياس ملعقة.... أيام بغض النظر عن اتخاذ قبل أو أثناء أو بعد وجبات
الطعام لمدة.... أيام

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

بوصفة طبية فقط
احترام الجرعات الموصوفة

PPV : 33,40 DH
LOT : 649000
PER : 01/2025

Composition :

Amoxicilline (sous forme trihydratée) 500mg
pour une cuillère-mesure de sirop reconstitué soit 5ml.

اموكسيسيلين 500ملغ مقياس ملعقة شراب معاد تشكيل أي مايعادل 5 ملل

Ce médicament contient de l'aspartam et des sels de sodium.
Après addition d'eau non gazeuse jusqu'au trait circulaire,
on obtient 60ml de sirop reconstitué soit 12 cuillères-mesures
de 5ml.

يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام و أملاح الصوديوم بعد إضافة الماء غير الغازي
إلى حدود الخط الدائري، نحصل على 60 ملل من الشراب أي مايعادل 12 ملعقة
من فئة 5 ملل

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 : 747301	N° SEJOUR : 220026303	FACTURE N° 2205009480		DATE D'ENTREE : 13/08/2022		DATE DE SORTIE : 13/08/2022					
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : LAMRABET, Yasmine							
MALADE : LAMRABET, Yasmine											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETRE 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 SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F		CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00

Intervenant : 470111 DR BAHJ ANASS	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 : 13/08/2022	EDITEE LE : 13/08/2022	PAR: KAMILY	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :					
			DATE AT :					
			Règlement 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					

