

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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'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° W19-442111

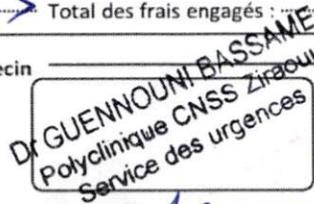
A 35082

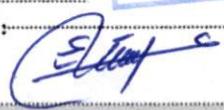
Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9020 Société : _____
 Actif Pensionné(e) Autre : _____
 Nom & Prénom : KHALIDI ADIL
 Date de naissance : 22/06/73
 Adresse : _____
 Tél. : 066 276 320 3 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 12/10/2022
 Nom et prénom du malade : KHALIDI Adil Age: _____
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Transfert de 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 : 12/10/22
 Signature de l'adhérent(e) : 

وصفة
ORDONNANCE

le 17/10/22
Tél/Fax : 05 22 22 90 00 47
CASA BLANCA
Rue 56 Lot. Hassania II No 13

PHARMACIE LE CREPUSCULE

Khalidi Smaoui

3700
11- Aflouca 2,8
S.V.

LOT: M0726
PER: 03/2024
PPV: 50,00DH

3000
12- Dulobstan 2
S.V.

DULASTAN® 500mg/2mg
دولاستان
Boite de 20 comprimés
علبة من 20 قرصا
37,00

31- Jodes 20
S.V.

LOT 211146
EXP 04/2024
PPV 30.00DH

117

Dr GUENNOUNI BASSAME
Polyclinique CNSS Ziraoui
Service des urgences



وصفة
ORDONNANCE



le 17/10/19

KHALIDI Ismail

Rd épaule ← F
P

Dr GUENNOUNI BASSAME
Polyclinique CNSS Ziraoui
Service des urgences

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI
 Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 752510	N° SEJOUR : 220033888	FACTURE N° 2205012957		DATE D'ENTREE : 17/10/2022	DATE DE SORTIE : 17/10/2022					
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES		DESTINATAIRE : KHALIDI, Ismail						
MALADE : KHALIDI, Ismail		N° IMMAT C.N.S.S :								
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :								
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 COTES EN C CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : M0200024 DR GUENNOUNI BASSAME	TOTAUX :	120.00							120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	120.00				AVOIR :	
	RESTE DU :	0.00							
DATE FACTURE : 17/10/2022	EDITEE LE : 17/10/2022	PAR: SAGHIR	ACCIDENT DE TRAVAIL :					DATE AT :	
VISA	Caisse des Urgences Polyclinique CNSS Ziraoui		N° DE POLICE :						
	Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI						
	BANQUE :		B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA						
	N° compte bancaire :		011 780 00 00 43 210 00 60050 54						

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI
 Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 752510	N° SEJOUR : 220033885	FACTURE N° 2203008859		DATE D'ENTREE : 17/10/2022	DATE DE SORTIE : 17/10/2022
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE		DESTINATAIRE : KHALIDI,Ismaïl	
MALADE : KHALIDI,Ismaïl		N° IMMAT C.N.S.S. :			
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :			
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :			
TIERS PAYANT 2 :					
REF. PC 1 :					
REF. PC 2 :					

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 RADIOLOGIE Acte de Radiologie Médicale	Z	17.00	10.00	170.00					0.00	170.00

Intervenant : 51213 DR BENBRAHIM ABDELILAH RADIOLOGUE	TOTAUX :	170.00							170.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DIX DHS	PLAFOND PC :								ACOMPTE:
	REMISE :	0.00	REGLE :	170.00					AVOIR:
	RESTE DU:	0.00							

DATE FACTURE : 17/10/2022	EDITEE LE : 17/10/2022	PAR: SAGHIR	ACCIDENT DE TRAVAIL :
VISA			N° DE POLICE :
			DATE AT :
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI
			BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA
			N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54

