

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'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° W21-776263

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7337 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUHADDIOU Abdelhakmane
 Date de naissance : 12/03/68
 Adresse : habituelle
 Tél. : 066 10 12 138 Total des frais engagés : 443,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 22-12-22
 Nom et prénom du malade : BOUHADDIOU Jilka
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : B meile
 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 : 30/11/2022
 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
12/02	9	1	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</p> <p>INF : 091/90155</p> <p>LA LAMR MED PEDIATRE</p> </div> <div> <p>15544 MBH 5</p> <p>20200155</p> </div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Prescrit par le Pharmacien ou le fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/11/2022	213,40

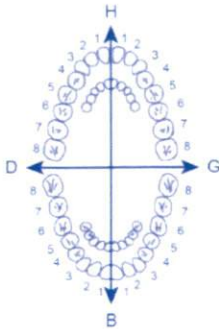
[illegible][illegible]

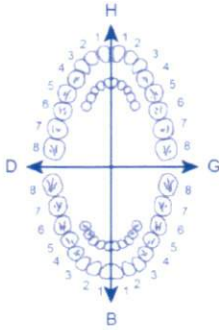
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

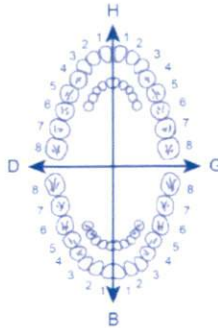
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>		

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	CCEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<div style="text-align: center;"> H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D G </div> <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <div style="text-align: center;"> B </div> </div>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
	35533411	11433553								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession	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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>																			
MONTANTS DES SOINS	<div></div>																							
DEBUT D'EXECUTION	<div></div>																							
FIN D'EXECUTION	<div></div>																							

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الإجتماعي
+MO+ot+ loE+H

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE

مصحة
POLYCLINIQUE



Mère - Enfant
Hay Hassani

Bon habibi
philtip

Le 28-12-2020

PHARMACIE MAZOLA
Mme BENAZOUZ Hissam
N°51 Rue 4 Mazola
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 0522 93 36 89

79.7
① Arix 500
cp/i + 8

PPV: 79DH70
PER: 07/25
LOT: L2536

40.0
② Cithipen 20
8cp/i + 4

PPV: 40DH00
PER: 11/25
LOT: L3650
b. GOTTU s.a.
82, Allée des Casseurs - Ain Seba - Casablanca
S.Bachouch - Pharmacien Responsable

14.40
③ Dupron
8cp/i + 4

PPV: 14DH40
PER: 10/25
LOT: L3668

26.92
④ vit
1 cp/i

Vita C1000®
PPV 26DH90 EXP 08/2025
LOT 28058 5

Dr. LAMRIMED
PEDIATRE

19/06/10 Auxil Sup.
 1 2 3 x2/1. x 51-
 19/06/10 Auxil Sup.
 1 2 3 x3/1. x 71-
 213.40

Dr. LAMRINE Youssef
 PEDIATRE

Lot: 220619
 À consommer
 avant le: 08/2025
 PPC: 79,50 DH

PHARMACIE MAZOLA
 Rue N°51 Mazouza
 Hassani - Casablanca
 Tél: 00 00 33 36 89

MUCOCIL®

Carbocistéine 2%
 Sirop enfant - Flacon de 125 ml

P.P.V. : 12.90 DH



6 118000 190592



N° IPP : 763964	N° SEJOUR : 220044545	FACTURE N° 2205016321		DATE D'ENTREE : 28/12/2022		DATE DE SORTIE : 28/12/2022					
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : BOUHADIOUI, Ghita							
MALADE : BOUHADIOUI, Ghita											
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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F		CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00

Intervenant : 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 :				AVOIR :	
		RESTE DU: 190.00						
DATE FACTURE : 28/12/2022	EDITEE LE : 28/12/2022	PAR: KAMAL	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			

