

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

- 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

M22-0006104

143864

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11764 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MANSOURI SANAA
Date de naissance : 13/01/1976
Adresse : Quartier Cube, Rue Abda, Rés MYRAMAR
Nb 39, Apt 17
Tél. : 0634493008 Total des frais engagés : 485,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 26/10/22
Nom et prénom du malade : Mansouri Sanaa Age : 46
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Polyarthralgies
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : 26/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : SANA

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

وصفة
ORDONNANCE

le 26/10/22

Total 335,00

Mausouri Laruaa



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boite 14
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

* Diprosteele
100,00 1inj IM.



Maphar
Bd Aikimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V: 19,50 DH
6 118001 185030

* Prexice
1Cp 1j (20j)
1950x3
Uvédose 100.000

Maphar
Bd Aikimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V: 19,50 DH
6 118001 185030

Maphar
Bd Aikimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V: 19,50 DH
6 118001 185030

* Uvédose 100.000
1aup a boue /mois (3 mois)

Docteur Bouchra BENNOUA
RHUMATOLOGUE
Spécialiste en Maladies des Os
Articulations et Enfoncée Vertébrale
Gsm: 03 22 22 29 91

* Mydoflex
1Cp le sou (20j)
82,10
Inexium 20, 1Cp le sou (20j)

Brexin[®]

Piroxicam- β -cyclodextrine

voie orale

20 comprimés eff

 chiesi

LOT 22003
PER 07/25
PPV 100DH40



GTIN: 06118001260850
LOT: 3972
MFG: 03 2022
EXP.: 03 2025
PPV: 94Dhs00



MYDOFLEX®

150 mg

Tolpérisone HCl

MyorélaXant

30 Comprimés Pelliculés

Voie orale



LABATEC

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



N° IPP : 683168		N° SEJOUR : 220035202		FACTURE N° 2202011264		DATE D'ENTREE : 26/10/2022		DATE DE SORTIE : 26/10/2022			
ASSURE :						DESTINATAIRE :					
MALADE : MANSOURI,Sanaa				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		MANSOURI,Sanaa					
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	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
		CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES COTES EN C											
CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 30112005 DR BENNOUNA BOUCHRA RHUMATOLOGIE		TOTAUX :		150.00						150.00		
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:		
				REMISE :		0.00	REGLE :		150.00		AVOIR :	
				RESTE DU:		0.00						
DATE FACTURE : 26/10/2022		EDITEE LE : 26/10/2022		PAR: SIBAI		ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU				
						BANQUE :		B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA				
						N° compte bancaire :		011 780 00 00 43 210 00 60050 54				

