

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'Unité
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° W19-510687

CA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7337 Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BOUHADDIoui Abderrahmane

Date de naissance : 12/03/68

Adresse : Habituelle

Tél. : 0661052138 Total des frais engagés : 643,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/01/2020

Nom et prénom du malade : Bouhaddioui Chita Age: 9ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : M. Gestose - euterite

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 : 28/01/2020

Signature de l'adhérent(e)

[Signature]

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
28/4/20		C/S	100,00	INF : 09100824 Dr. Hanae RAMADANI Polyclinique Mère - Enfant HAY HASSANI

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	$\frac{28}{01} / 20$	453,30

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'O.D.F.				
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			
	D G H B 25533412 00000000 21433552 00000000 00000000 35533411 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS 	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION 	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE



le 28/01/2020

Bou Haddoune Ghita

Age = 3 ans

32,90

1) Flagyl Sirop

P = 25 kg

21,20

1 cœu x 3/4 pdt 3j.

2) Cotrim Sirop

40,00

1 cœu x 3/4 pdt 3j.

3) Neofortan 400

88,70

1 cp x 3/4 pdt 3j.

4) tioban 30 mg

37,70 1 sachet x 3/4

5) Paridys Sirop

2 cœu x 3/4

Dr. BENHADIA KARIM
Pharmacien Car Assalam
32000 Ouled Jelloul
Ouled Jelloul - Assalam
Tél : 05 22 93 22 31

Dr. Hanae RAMADAN
Pédiatre
Mère - Enfant
CNSS HAY HASSANI

Signature
Hay Hassani

6) 234,00
Inexium Long 3

1 sachet x 28 jrs

453,30

Dr. Hanae RAMADAN
Pédiatre
Polyclinique Mère - Enfant
CNSA - CHS HAY HASSANI

Dr BENHADIA KARI
Pharmacie Dar Assalam
32 Oued El Assalam
Oulfa - Casablanca
Tel : 05 22 93 22 31

LOT : 9MA106
PER : 05 2021

PERIDYS 1MG/ML
SUSP BUV F200ML

P.P.V : 370DH10



SYNTHEMEDIC

22 rue souheir bnou al souam roches
noires casablanca

INEXIUM

10 mg

Ouan OR p susp buv
en sachets dose

BB/6DMP/21ANP

P.P.V : 234,00 DH



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Tiorfan Enfant 30mg
Sachet B30

P.P.V : 88,10 DH



LOT : 19E005
PER : 05 2021

FLAGYL 4%

SUSP BUV FL 120 ML

P.P.V : 320DH90



PPV 21DH20

EXP 08/2022
LOT 95010 3

CO-TRIM

Sulfaméthoxazole- Triméthoprim

100 ml

NEOFORTAN® 40 mg

PPV 40DH00
EXP 11/2022
LOT 98040 1

POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S
 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 : 669266		N° SEJOUR : 200003424		FACTURE N° 2005001578		DATE D'ENTREE : 28/01/2020		DATE DE SORTIE : 28/01/2020			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : BOUHADDIOUI, Ghita					
MALADE : BOUHADDIOUI, Ghita											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE 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		CsN	1.00	190.00	190.00					0.00 190.00	
CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F											

Intervenant : 470107 DR RAMADAN HANAE					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 : 28/01/2020					EDITEE LE : 28/01/2020					PAR: ELMERN						
VISA 					ACCIDENT DE TRAVAIL :											
					N° DE POLICE :					DATE AT :						
					Règlement à effectuer à l'ordre de :					POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S						
					BANQUE :					BMCE - YAACOUB ELMANSOUR						
					N° compte bancaire :					011 780 0000 71 210 00 60070 49						