

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-425537

MIR 7951

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7951 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAMRABET AHMED

Date de naissance : 01/04/1966

Adresse : ANDALOUS I RUE 3 N° 54 CASA

Tél. : 0679982679 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Khadija BEN DARQAWI  
Pédiatre  
Polyclinique Hay Hassani  
0661001880

Date de consultation : 22/10/19

Nom et prénom du malade : Lamrabet FZ Age : 11 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Provoctolite uras

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.

07 NOV. 2019

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### 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



| 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 |
|                                |                   |                       |                                 | INP INPE 09103428  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                 |   |
|---|---|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | <div> <div>Date</div> <div>Montant de la Facture</div> </div> |
|   | <div> <div>22-10-19</div> <div>72,10</div> </div>             |

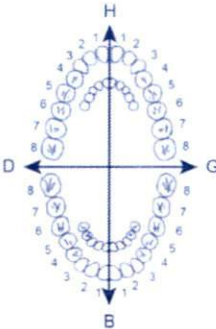
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

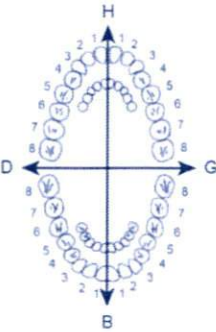
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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

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

| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX                 |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |
|--|--|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|----------|----------------------|
|  | <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>B</b></td> </tr> </table> </div> | 25533412                                   | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <b>D</b> | <b>G</b> | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |  | <b>B</b> | <input type="text"/> |
|  | 25533412   | 21433552                                   |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |
|  | 00000000   | 00000000                                   |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |
|  | <b>D</b>   | <b>G</b>                                   |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |
|  | 00000000   | 00000000                                   |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |
|  | 35533411   | 11433553                                   |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |
|  |  | <b>B</b>                                   |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |
|  | <div style="text-align: center;"> <b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>                     Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession                 </div>   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |
|  |  | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/> |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |
|  |  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |
|  |  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |
|  |  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |
|  | DATE DU<br>DEVIS <input type="text"/>  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |
|  |  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |
|  |  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |
|  |  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |
|  | DATE DE<br>L'EXECUTION <input type="text"/>  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |
|  |  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |
|  |  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |
|  |  |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |          |                      |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE



le 22 10 19

Lamivudine Fatima Zahra

11 mois

P: 10 kg

33.20 ① Ceftriaxone (800 mg)

100 mg x 5 jours

21.90

②

Paracetamol (500 mg)

1/2 sachet x 2 x 8j

17.00

③

Syrupedol 100 (800 mg)

0.22 g x 3 x 5j

# Coquelusédal Paracétamol 100

LOT 182612  
EXP 11/21  
PPV 17.70 DH

NOURRISSONS  
12  
suppositoires

Toux • Fièvre • Etats grippaux

ELERTE



COQUELUSÉDAL PARACÉTAMOL 100  
12 SUPPOSITOIRES NOURRISSONS  
Non remboursable

TENIR HORS DE LA PORTÉE  
ET DE LA VUE DES ENFANTS

Lire la notice avant utilisation

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

solution buvable en gouttes

Céléstène®  
0,05 %

LOT : 073  
PER : MAR 2021  
PPV : 33 DH 20

Butovent® 0,04%

Salbutamol

LOT : 073  
PER : MAR 2021  
PPV : 33 DH 20

21,90





# صيدلية المصحة

## Pharmacie Polyclinique

58, Route Moulay Thami - Casablanca  
(Mazola, Hay Hassani)  
Tél. : 0522 90 21 67  
GSM : 0661 33 20 87

R.C: 173955  
T.P.: 35012475  
I.F: 51469100  
C.N.S.S: 1120039  
ICE : 001527269000086

Casa le

FACTURE N° 000886

M

22 10 19  
Lamabat FATIM ZAHRA

| QUANTITÉ | DESIGNATION | PRIX UNIT. | TOTAL |
|----------|-------------|------------|-------|
| 01       | Celsthecto  | 33 20      | 33 20 |
| 01       | Butover     | 21 90      | 21 90 |
| 01       | Supposol    | 17 00      | 17 00 |
|          |             |            | 72 10 |

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Dr. TIR Abdelaziz  
58, Route Moulay Thami - Hay Hassani  
Tél. 0522 90 21 67 - GSM 0661 33 20 87

POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S

Av. 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 :                    | 659547 | N° SEJOUR : | 190028019 | <b>FACTURE N° 1905010672</b>              |        | DATE D'ENTREE : 22/10/2019 |         | DATE DE SORTIE : 22/10/2019 |         |                |         |
| ASSURE :                    |        |             |           | DESTINATAIRE :<br><b>LAMRABET,F Zahra</b> |        |                            |         |                             |         |                |         |
| MALADE : LAMRABET,F Zahra   |        |             |           |   |        |                            |         |                             |         |                |         |
| NOM JEUNE FILLE :           |        |             |           |   |        |                            |         |                             |         |                |         |
| TIERS PAYANT 1 :            |        |             |           |   |        |                            |         |                             |         |                |         |
| TIERS PAYANT 2 :            |        |             |           | UF: 5002 URGENCES                         |        |                            |         |                             |         |                |         |
| REF. PC 1 :                 |        |             |           | N° IMMAT C.N.S.S :                        |        |                            |         |                             |         |                |         |
| REF. PC 2 :                 |        |             |           | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :          |        |                            |         |                             |         |                |         |
|                             |        |             |           | 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 |
| CONSULTATION DE MEDECIN     |        |             |           |   |        |                            |         |                             |         |                |         |
| CONSULTATION DE SPECIALISTE |        | Cs          | 1.00      | 150.00                                    | 150.00 |                            |         |                             |         | 0.00           | 150.00  |

|  |          |                                      |      |                                    |        |                       |          |        |
|--|----------|--------------------------------------|------|------------------------------------|--------|-----------------------|----------|--------|
| Intervenant : 470069 DR. BEN DARQAWI KHADIJA | TOTAUX : | 150.00                               |      |                                    |        |                       |          | 150.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :  |          | PLAFOND PC :                         |      |                                    |        |                       | ACOMPTE: |        |
| CENT CINQUANTE DHS                           |          | REMISE :                             | 0.00 | REGLE :                            | 150.00 |                       | AVOIR :  |        |
|  |          | RESTE DU:                            | 0.00 |                                    |        |                       |          |        |
| DATE FACTURE : 22/10/2019                    |          | EDITEE LE : 22/10/2019               |      | PAR: SALEM                         |        | ACCIDENT DE TRAVAIL : |          |        |
| VISA   |          | N° DE POLICE :                       |      | DATE AT :                          |        |                       |          |        |
|  |          | Réglement 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    |        |                       |          |        |