

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

- 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.

N° W19-425537

Mle 7951

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	7951	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LAMRABET AHMED
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0679982679	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. Khadija BEN DARQAWI Pédiatre Polyclinique Hay Hassan 0661091080 </div>		
Date de consultation :	22/10/19	Age:	11mois
Nom et prénom du malade :	Lamrabet F.Z		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Porouclosolite virale		
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 : *Allal Ben Abdellah* Le : 07 NOV. 2019

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
Actes			INP INPE 091034280	
22				Dr. Khadija BEN DARQAWI

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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



وصفة

ORDONNANCE

Mère - Enfant
Hay Hassani

le 22.10.19.

Laurabet Fatima Zahra

11 mois

P: 10kg

33.20 ① Celerine (fit)

100 gels x 5 jours

21.90 ② Rivotril (fit op)

14.00

100 mg x 2 g x 8 j

17.00 ③ hypsedal 100 (fit)

Or 22.00 100 x 3 g x 5 j

Dr. Kholoud BEN AROUAI
Poly Clinique Hay Hassani
0661091880

Coquelusédal Paracétamol 100

LOT 18263
EXP 11/21
PPV 17.70 DH



Toux • Fièvre • Etats grippaux

ALERTE

6 118000 020349

COQUELUSÉDAL PARACÉTAMOL 100
SOCIÉTÉ DES LABORATOIRES NUTRISSONS
12 SUPPOSITOIRES

ETE DE LA VAUE DES ENFANTS
TENIR HORS DE LA PORTÉE

Lire la notice avant utilisation

LISTE 1 - UNIFORMEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

solution buvable en gouttes

0,05 %
Celesstene®

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

Butovent® 0,04%

Salbutamol

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: 22-10-19 FACTURE N° 100886
 M Lamabat FATIM ZAHRA

QUANTITÉ	DESIGNATION	PRIX UNIT.	TOTAL
01	Celstegat 33 20	33 20	
01	Butover 21 90	21 90	
01	Sipposol 17 00	17 00	
(AS)			72 10
PHARMACIE POLYCLINIQUE DR. TIR Abdellazziz 58 Route Moulay Thami, Hay Hassani Casablanca - Maroc			

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	FACTURE N° 1905010672				DATE D'ENTREE : 22/10/2019 DATE DE SORTIE : 22/10/2019				
ASSURE :										
MALADE : LAMRABET,F Zahra		UF: 5002 URGENCES				DESTINATAIRE : LAMRABET,F Zahra				
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 CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / 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 : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :		
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 22/10/2019 EDITEE LE : 22/10/2019 PAR: SALEM				<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
				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							

