

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W19-452678

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4456 Société : Rom

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUBAL MOKHTAR

Date de naissance : 13.12.61

Adresse : Immeuble

Tél : 0661 622 300 Total des frais engagés : 218,50 dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. FILALI ZINEB
Médecin Généraliste
Service des Urgences
POLYCLINIQUE CHIRURGICALE MOUSSE

Date de consultation : 20 07 2020

Nom et prénom du malade : Mokhtar Moubal Age :

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

Nature de la maladie : SA grippe

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 : Cas Le : 20/07/20

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20.07.20 | CA | 70.00 | | INP : 0900011111 DR. FILAL Médecin Généraliste Service des Urgences POLYCLINIQUE CH. SC. SIDI BEN MOUSTA |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE EL KADAR SIDI EL BECHRA 74 5013348 | 20.07.20 | 134,55 D.T. |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

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"/> | |
|----------------------------|--|------------------|-------------|---|--|
| | | | | COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 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

وصفة
ORDONNANCE



le 20/07/2020

Ne Khtar Noubar

- Azix 500g.

4g, 4x/di 1 rep/5 j et 35

- Paral Sirop

38.8g → 1 cax 2/5 j et 5T

- Doligrippe sachet.

20.0g → 1 sachet x 3/5 j

= 138,50 → H

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72

PPV:20DH00
PER:01/23
LOT:1067

PPV:79DH70
PER:06-23
LOT: J948

38,80

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

موکسول
آمبروکسول

بازار مکر

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI
HAY EL-QODS
20600 CASABLANCA
Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72
INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|------------------|---|-------|----------------------------|---------|-----------------------------|---------|----------------|---------|
| N° IPP : 519056 | | N° SEJOUR : 200022379 | | FACTURE N° 2005005873 | | DATE D'ENTREE : 20/07/2020 | | DATE DE SORTIE : 20/07/2020 | | | |
| ASSURE : | | | | DESTINATAIRE : MOUBAL, Mokhtar | | | | | | | |
| MALADE : MOUBAL, Mokhtar | | | | | | | | | | | |
| 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 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 GENERALISTE | | C | 1.00 | 80.00 | 80.00 | | | | | 0.00 | 80.00 |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|----------|--|------------------------|------|--------------------------------------|-------|---------------------------------------|----------|-------|
| Intervenant : 10626 DR. FILALI ZINEB | | TOTAUX : | | 80.00 | | | | | | 80.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS | | | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE: | |
| | | | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 80.00 | | AVOIR : | |
| | | | | RESTE DU: | 0.00 | | | | | |
| DATE FACTURE : 20/07/2020 | | | | EDITEE LE : 20/07/2020 | | PAR: FAZAZI | | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | |
| VISA | | | | | | N° DE POLICE : | | DATE AT : | | |
| | | | | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : | | POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI | | |
| | | | | | | BANQUE : | | BMCE - BERNOUSSI | | |
| | | | | | | N° compte bancaire : | | 011780000049210006006888 | | |