

# 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

- 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



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

**975A** Déclaration de Maladie

N° M21- 0037953

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **975A**

Société : **RAM**

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **QUADRY**

**AZIZ**

Date de naissance : **13/04/73**

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **22/01/12**

Nom et prénom du malade : **Yasmine Quadry**

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : **Trisomie 21**

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 37953

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22-07-22        |                   | 1                     | 85,71                           |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

22-07-22 230 300,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

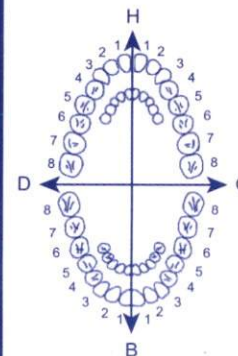
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

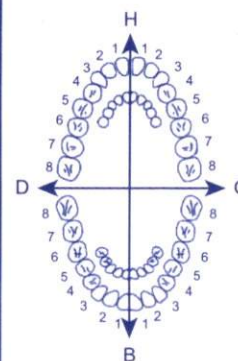
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



#### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



| N° IPP : 918566   | N° SEJOUR : 220028549 | <b>FACTURE N° 2203010967</b>            |                  | DATE D'ENTREE : 22/07/2022 | DATE DE SORTIE : 22/07/2022      |                                  |                                  |
|---|-----------------------|---|------------------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ASSURE :  |                       | DESTINATAIRE :<br><b>QUADRY,Yasmine</b> |                  |                            |                                  |                                  |                                  |
| MALADE : QUADRY,Yasmine<br>NOM JEUNE FILLE : BL154201     |                       | UF: 5003 RADIOLOGIE                     |                  |                            |                                  |                                  |                                  |
|   |                       | 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<br>CLE         | NOMBRE<br>x COEF                        | PRIX<br>UNITAIRE | TOTAL                      | TIERS PAYANT 1<br>% / Dh MONTANT | TIERS PAYANT 2<br>% / Dh MONTANT | PART DU MALADE<br>% / Dh MONTANT |
| <b>ACTES DE RADIOLOGIE</b><br>ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE | Z                     | 30.00                                   | 10.00            | 300.00                     |                                  |                                  | 0.00 300.00                      |

|  |                        |                                      |                              |                                  |        |          |        |
|--|------------------------|--------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------|----------|--------|
| Intervenant : 46208 DR ADABI AICHA                             | TOTAUX :               | 300.00                               |                              |                                  |        |          | 300.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>TROIS CENTS DHS |                        | PLAFOND PC :                         |                              |                                  |        | ACOMPTE: |        |
|  |                        | REMISE :                             | 0.00                         | REGLE :                          | 300.00 | AVOIR :  |        |
|  |                        | RESTE DU:                            | 0.00                         |                                  |        |          |        |
| DATE FACTURE : 22/07/2022                                      | EDITEE LE : 22/07/2022 | PAR: HAFID                           | <b>ACCIDENT DE TRAVAIL :</b> |                                  |        |          |        |
| VISA   |                        | N° DE POLICE :                       |                              | DATE AT :                        |        |          |        |
|  |                        | Réglement à effectuer à l'ordre de : |                              | POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA     |        |          |        |
|  |                        | BANQUE :                             |                              | BMCE - INARA                     |        |          |        |
|  |                        | N° compte bancaire :                 |                              | 011.780.0000 54 210 00 60 016 91 |        |          |        |







|                            |                       |  |  |   |                             |
|----------------------------|-----------------------|--|--|---|-----------------------------|
| N° IPP : 918566            | N° SEJOUR : 220028550 | <b>FACTURE N° 2205008386</b>   |  | DATE D'ENTREE : 22/07/2022              | DATE DE SORTIE : 22/07/2022 |
| ASSURE :                   |                       | UF: 5002 URGENCES<br>N° IMMAT C.N.S.S :<br>N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :<br>N° SE. SOC. ETRANG. : |  | DESTINATAIRE :<br><b>QUADRY,Yasmine</b> |                             |
| MALADE : QUADRY,Yasmine    |                       |  |  |   |                             |
| NOM JEUNE FILLE : BL154201 |                       |  |  |   |                             |
| TIERS PAYANT 1 :           |                       |  |  |   |                             |
| TIERS PAYANT 2 :           |                       |  |  |   |                             |
| REF. PC 1 :                |                       | REF. PC 2 :  |  |   |                             |

| NATURE DE PRESTATION  | LETTRE<br>CLE | NOMBRE<br>x COEF | PRIX<br>UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 |         | TIERS PAYANT 2 |         | PART DU MALADE |         |
|---|---------------|------------------|------------------|-------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|
|   |               |                  |                  |       | % / Dh         | MONTANT | % / Dh         | MONTANT | % / Dh         | MONTANT |
| CONSULTATION DE MEDECIN.<br>CONSULTATION DE GENERALISTE                         | C             | 1.00             | 80.00            | 80.00 |                |         |                |         | 0.00           | 80.00   |
| ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX<br>ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER | AMI           | 1.00             | 7.50             | 7.50  |                |         |                |         | 0.00           | 7.50    |
| FOURNITURES MEDICALES   |               |                  |                  | 2.21  |                |         |                |         | 0.00           | 2.21    |

|  |                        |              |                                      |         |                                  |  |          |       |
|--|------------------------|--------------|--------------------------------------|---------|----------------------------------|--|----------|-------|
| Intervenant : 10666 DR ZNASSNI FATIMA ZAHRA  | TOTAUX :               | 89.71        |                                      |         |                                  |  |          | 89.71 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>QUATRE-VINGT NEUF DHS ET SOIXANTE ONZE CENTIMES |                        | PLAFOND PC : |                                      |         |                                  |  | ACOMPTE: |       |
|  |                        | REMISE :     | 0.00                                 | REGLE : | 89.71                            |  | AVOIR :  |       |
|  |                        | RESTE DU:    | 0.00                                 |         |                                  |  |          |       |
| DATE FACTURE : 22/07/2022  | EDITEE LE : 22/07/2022 | PAR: HAFID   | ACCIDENT DE TRAVAIL :                |         |                                  |  |          |       |
| VISA   |                        |              | N° DE POLICE :                       |         | DATE AT :                        |  |          |       |
|  |                        |              | Réglement à effectuer à l'ordre de : |         | POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA     |  |          |       |
|  |                        |              | BANQUE :                             |         | BMCE - INARA                     |  |          |       |
|  |                        |              | N° compte bancaire :                 |         | 011.780.0000 54 210 00 60 016 91 |  |          |       |



## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

### COMPTE RENDU

DATE : 22/07/22

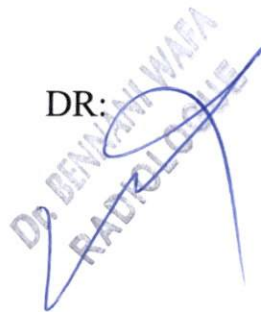
NOM & PRENOM : QUADRY YASMINE

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : RX COUDE+AVANT BRAS DT F/P

- Absence de lésion traumatique visible.
- Intégrité des interlignes articulaires

DR:



Je soussigné :

Nom : ..... Prénom : .....

Matricule : ..... N° de CIN : .....

N° d'affiliation à la CIMR : .....

Titulaire de la pension N° à la CIMR : .....

Dans le cadre de mon affiliation à l'Assurance Maladie auprès de la Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales de la Compagnie Nationale de Transports Aériens Royal Air Maroc, ci-après, la MUPRAS, je demande et autorise, expressément, la Caisse Interprofessionnelle Marocaine de Retraites, ci-après, la CIMR :

1. à communiquer à la MUPRAS, et à chaque fois que cette dernière le demande, le montant de ma pension,
2. à retenir, et virer à la MUPRAS, la cotisation de mon affiliation à la MUPRAS dont le montant sera précisé par la MUPRAS à la CIMR ;
3. à retenir pour chaque prélèvement la somme de cinq DH TTC sur ma pension, au titre de frais de gestion.
4. en cas de suspension de ma pension, à reprendre les prélèvements en faveur de la MUPRAS dès le règlement de ma première pension et ce, après régularisation de ma situation administrative auprès de la CIMR.

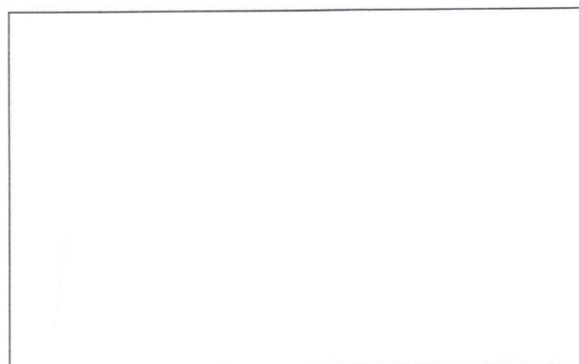
Par la signature de la présente attestation, je dégage la CIMR de toute responsabilité concernant les prélèvements effectués en faveur de la MUPRAS. En cas de litige sur un prélèvement, celui-ci sera réglé directement entre le pensionnaire et la MUPRAS.

J'atteste que la présente autorisation reste valable pour toute la durée du protocole d'accord entre la CIMR et la MUPRAS, fixant les conditions et les modalités de prélèvements sur les pensions de retraite, dont je déclare avoir pris valablement connaissance.

Fait à .....

Le .....

Signature légalisée précédée de la mention :

**« Lu et Approuvé »**



Je soussigné :

Nom : ..... Prénom : .....

Matricule : ..... N° de CIN : .....

N° d'affiliation à la CIMR : .....

Titulaire de la pension N° à la CIMR : .....

Dans le cadre de mon affiliation à l'Assurance Maladie auprès de la Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales de la Compagnie Nationale de Transports Aériens Royal Air Maroc, ci-après, la MUPRAS, je demande et autorise, expressément, la Caisse Interprofessionnelle Marocaine de Retraites, ci-après, la CIMR :

1. à communiquer à la MUPRAS, et à chaque fois que cette dernière le demande, le montant de ma pension,
2. à retenir, et virer à la MUPRAS, la cotisation de mon affiliation à la MUPRAS dont le montant sera précisé par la MUPRAS à la CIMR ;
3. à retenir pour chaque prélèvement la somme de cinq DH TTC sur ma pension, au titre de frais de gestion.
4. en cas de suspension de ma pension, à reprendre les prélèvements en faveur de la MUPRAS dès le règlement de ma première pension et ce, après régularisation de ma situation administrative auprès de la CIMR.

Par la signature de la présente attestation, je dégage la CIMR de toute responsabilité concernant les prélèvements effectués en faveur de la MUPRAS. En cas de litige sur un prélèvement, celui-ci sera réglé directement entre le pensionnaire et la MUPRAS.

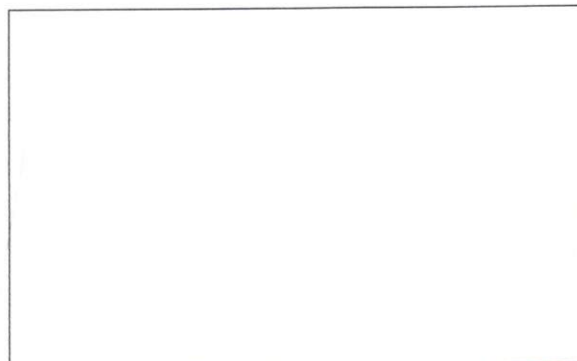
J'atteste que la présente autorisation reste valable pour toute la durée du protocole d'accord entre la CIMR et la MUPRAS, fixant les conditions et les modalités de prélèvements sur les pensions de retraite, dont je déclare avoir pris valablement connaissance.

Fait à .....

Le .....

Signature légalisée précédée de la mention :

**« Lu et Approuvé »**





مصحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة

ORDONNANCE

le 22-07-21

Yasmine Gudy

Rx coude + av. bras  
Dt F + P

Dr. DENNANI W. FA  
RADIOLOGUE

Dr. Fatima Zahra ZNASSNI  
Médecin Généraliste II  
Polyclinique CNS-INARA II

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca

Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06





مصحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

# وصفة ORDONNANCE

le 22.07.22

Yasmin quadry

1/ Antyguat. 5

rep

2 Rls pdt 2j

2/ Nyobit

2 cp 1/ lessoir

usage

3/ Flex-cent pour ad

rapp

2 Rls

Boulevard AL Qods, Inara II - Aïn Chok - Casablanca

Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

4/ cetamyl P. 1g  
rec 28/5

  
Dr. Fatima Zahra ZNASSNI  
Médecin Généraliste H. 2.6.7  
Polyclinique CNSS-INARA