

# 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.

## 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'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

## Déclaration de Maladie

M23-006001

161133

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1373 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAKARY Abdelkader

Date de naissance : 1-1-1950

Adresse :

Tél. : 06-33-53-30-01 Total des frais engagés : 70620 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mohamed M. Z. Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-215 / 2013

MUPRAS  
M 17 MAI 2023  
ACCUEIL

# 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
09/03/23			150,00	
03/04/2023				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MORSLI LOT ONA N°20 DEROUA TEL 05 22 57 51 80 Gsm: 06 57 54 20 88	26/04/2023	706,20 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/04/23	221	240

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

PPV 22DH20  
PER 07/24  
LOT L2448



Lyrical 300 mg - 56 gélules  
PPV : 684,00 DH



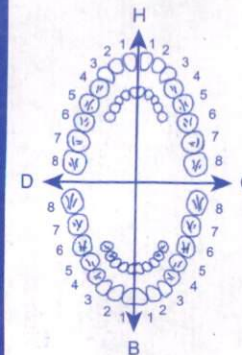
ليريكا®

بريغابالين

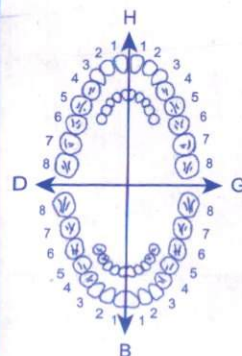
300 ملغ

كبسولات

# SOINS DENTAIRES



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE

le 26/04/2023

7<sup>m</sup> Moutamin Sinda

① Felben  
18 x 1  
22,20  
② Colobylone  
18 x 3  
22,20



3 beland  
18 x 2  
18,00

③ Aulen  
18 x 1  
18,00



684,00  
④ Synwac  
18 x 1  
706,20

ORSKHISSI MOUJIM  
CHIRURGIE  
0672833333  
091218727





وصفة  
ORDONNANCE

le 08/03/2023  
M. Moutmirz saïda

Dr Rachid Cornival

DR SKHISSI MOUNIM  
- NEUROCHIRURGIEN  
Neurologie et Chirurgie du Système Neurologique  
et Colonne Vertébrale et Yeux  
Tel: 0672 83 51 28 / INP: 091218727



**SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE**  
Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler  
**COMPTE RENDU**

**DATE :** 26/04/23

**NOM & PRENOM : MOUTMIR SAIDA**  
**MEDCIN TRAITANT :**  
**EXAMEN : RX RACHIS CERVICALE F/P**

Pincement C5-C6 avec bec osteophytique  
anterieure.

Dr. Ouafae KCHIC  
Médecin Radiologue  
Polyclinique CNSS - Inara  
IN.P.E. 091036263

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA  
 Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA  
 Tél : 0522-21-30-90 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06  
 RDV : 0522-50-45-13  
 INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF; 1602058



N° IPP : 955174	N° SEJOUR : 230017078	<b>FACTURE N° 2303006612</b>		DATE D'ENTREE : 26/04/2023		DATE DE SORTIE : 26/04/2023				
ASSURE :				DESTINATAIRE : MOUTMIR,Saida						
MALADE : MOUTMIR,Saida		UF: 5003 RADIOLOGIE								
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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	24.00	10.00	240.00					0.00	240.00

Intervenant : 46085 DR BENBOUZID ABDELJALIL	TOTAUX :	240.00						240.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT QUARANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	240.00		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 26/04/2023	EDITEE LE : 26/04/2023	PAR: HAJAR	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :				
		Règlement 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				

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA  
Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA  
Tél : 0522-21-30-90 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06  
RDV : 0522-50-45-13  
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 949191	N° SEJOUR : 230010290	<b>FACTURE N° 2302003568</b>		DATE D'ENTREE : 08/03/2023		DATE DE SORTIE : 08/03/2023					
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : MOUTMIR,Saida							
MALADE : MOUTMIR,Saida											
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		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 46207 DR SKHISSI MOUNIM	TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
		RESTE DU:	150.00				
DATE FACTURE : 08/03/2023	EDITEE LE : 08/03/2023	PAR: HAJAR	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			

