

# 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

- 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

## Déclaration de Maladie

M22- 0049576

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0010001 Société : 164731  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHENCHI Muhjoubha Kenke BOLLACHE Ned  
 Date de naissance : 1949  
 Adresse : Yacimille II Ruz N° 62 CD  
 Tél. : 0660671007 Total des frais engagés : 192,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. R. FILALI Traumatisme - Orthopédie  
 Date de consultation : 29 / 06 / 2023  
 Nom et prénom du malade : Chenchi Muhjoubha 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 06/06/2023

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
19/05/23				Dr. R. FILALI Orthopédie

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

19/05/23

42.20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

19/05/2023

245

150,00

Dr. A. ADABI  
Radiologue  
INDE-001035758

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	B		00000000 35533411	00000000 11433553		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	B											
	00000000 35533411	00000000 11433553										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 29/05/23

Dr. R. Filali

PHARMACIE AL WIAM  
Dr BELALAMI  
Jamila II Rue 19 N° 15 CASA  
TEL : 05 22 38 60 76

422

Dr. R. Filali  
Traumatologie - Orthopédie

42,20

24-4-1 per 2m

Dr. R. FILALI  
Traumatologie - Orthopédie



مصحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

# وصفة ORDONNANCE

le 29/07/25

Presc. Dr. M. Ry-nd

Dr. A. ADABI  
Radiologue  
INPE: 001035750

N° de papier 10 / f. 2



Dr. R. ELALI  
Traumatisme - Orthopédie



## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

### COMPTE RENDU

DATE: 19/05/23

NOM & PRENOM : CHEMCHI MAHJOUBA

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : RX POIGNET DT F/P

- Fracture epiphyso-métaphysaire de l'extrémité inferieure du radius.

Dr. A. ADAB  
Radiologue  
INPE 0010

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 : 958534		N° SEJOUR : 230020962		<b>FACTURE N° 2302006981</b>		DATE D'ENTREE : 19/05/2023		DATE DE SORTIE : 19/05/2023			
ASSURE :				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>CHEMCHI, Mahjouba</b>					
MALADE : CHEMCHI, Mahjouba											
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 MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 04112021 DR FILALI REDOUANE ORTHOPEDISTE		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 : 19/05/2023		EDITEE LE : 19/05/2023		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					



N° IPP : 958551		N° SEJOUR : 230020990		<b>FACTURE N° 2303008208</b>		DATE D'ENTREE : 19/05/2023		DATE DE SORTIE : 19/05/2023					
ASSURE :				UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S. : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>CHEMCHI, Mahjouba</b>							
MALADE : CHEMCHI, Mahjouba 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 MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT			
ACTES DE RADIOLOGIE ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	15.00	10.00	150.00					0.00 150.00			
Intervenant : 46208 DR ADABI AICHA					TOTAUX :	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 : 19/05/2023					EDITEE LE : 19/05/2023		PAR: HAFID		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						