

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

Déclaration de Maladie

N° W21-628278

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1143 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ousaid Laila

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666 94 94 39 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/10/23

Nom et prénom du malade : Tanzi Ayman Age :

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

Nature de la maladie : Traite de la main

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-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
26/10/23			1176	Dr. R. FILALI Traumatologie - Orthopédie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Casa	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL AZHAR DIOURI MOHAMMED Boulevard Tél : 05 22 21 59 66	66	26/10/23	1176

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

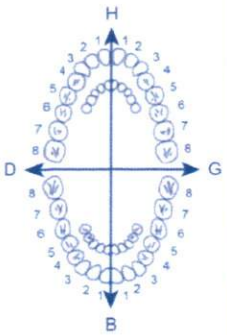
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



الضمان الإجتماعي
الطبيب + الممرض

Led

0000980370 1 24/05/2005
LOUZI BW46252
AYMAN PC RAM
123005263 26/10/2023
ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGI
SALLE LIT

فـة RDONNANCE

Lot. 236 213 P.P.V: 117 60
Exp. 2026
P10002680

117,30

le 26.10/23

154,40
- F. clavier 15g & 20g
28. Dec x 31; pour 7jmm

22,00
- Gedot V
2 J x 31

117,30
- 2 box 100g V / celexan 100
2 J x 31

2948

22,00

PHARMACIE AL AZHAR
MUR MOHAMED
Boulevard AL Qods - Cas
22 21 59 60

Dr. R. EL ALI
Traumato-Orthopedie

Boulevard AL Qods, Inara II - Ain Cho
Tél. : 0522-21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45

LOT 23034
PER 03/26
PPV 1540470

ORDONNANCE

1785

1785

ORDONNANCE
DE B. ELIOT



0625438479

Code : PR4FR09

Version : 02

Date : 13/07/2023

Je soussigne : Mme OUADOU Leila

Matricule :

Déclare sur honneur avoir été victime d'un incident :

☐
☐
☒

Moi-même

Mon conjoint

Mon enfant

Lieu : A notre domicile.

Date d'accident : 25/10/23

Causes et circonstances :

Une plaie profonde causée par une chute
d'un vase en verre.
Mon enfant a intercepté le vase cassé, et la blessure
était profonde et a nécessité une prise en charge
en urgence ensuite une intervention le 26/10/23

Important :

- Cette déclaration sur l'honneur doit être établie dans les 48 heures de l'incident ;
- La MUPRAS se réserve le droit de mener une enquête ou une contre visite à tout moment conformément au règlement intérieur ;
- Toute fausse déclaration ou tentative de fraude engagera son auteur ;
- Cette déclaration doit être légalisée.

Faite à : CASA

le 25/10/23 à CASA
L'Arrondissement Hay Hassani
Non responsable du contenu de la pièce
Vu pour la légalisation de la signature
Signature légalisée : Leila OUADOU
Reconnu N° 114
Casablanca, le 25/10/23
pour Le Président et par Délégation
Signé : Malika KANA
le Président et par Délégation
30 OCT 2023
MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger

Royaume du Maroc



الضمان الإجتماعي

الضمان الإجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

BULLETIN DE SORTIE

0000980370 1

24/05/2005

LOUZI BW46252

AYMAN PC RAM

123005263

26/10/2023

ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGI

SALLE LIT



مصلحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

Le 26/10/2023

Mr Fathi Ayman

Hospitalisé (e) du 26/10/23

pour (diagnostic) fracture de la main (suite de l'ATB - malgache)

Traitement 1er 2/3 - ATB - 1er 2/3 - 1er 2/3

Observation du médecin BONNE COPIE VENTE

Le Médecin traitant

[Signature]

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Opérateur:

J. K. W. M.

Patient :

Date d'entrée : 26/12/23

Date de sortie :

I - RESUME CLINIQUE :

Paras opératoire au niveau de la main

II - COMPTE RENDU OPERATOIRE : Sous anesthésie - ABS Propriété P. M.

- Perce - P. M. de P. M.
- L'opération chirurgicale trouve les Nefs GPPetereise
Les tendons P. M. de 2^e Degré S. M. P. M.
- J. M. M. M. M. M.

III - Suites :



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TR

0000980370 1
LOUZI BW46252
AYMAN PC RAM
123005263
ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGI
SALLE LIT
24/05/2005
26/10/2023

1) Date de la constatation de l'état de ma...

2) Renseignements cliniques sommaires :

fracture de la main

3) Traitement envisagé et actes :

h.i.

k2

2) Durée prévisible du traitement :

A

Sh

LE

24/10/23

Signature

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 : 980370		N° SEJOUR : 123005263		FACTURE N° 2301013115		DATE D'ENTREE : 26/10/2023		DATE DE SORTIE : 26/10/2023	
ASSURE :						DESTINATAIRE : LOUZI BW46252, Ayman Pc Ram HAY MLY ABDELLAH RUE 99 NR 11 AIN CHOK CASA			
MALADE : LOUZI BW46252, Ayman Pc Ram									
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :							
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :					
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :							

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
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE FORFAIT K20	FK20	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00
ACTES DE BIOLOGIE Actes Biologie Remboursables par l'AMO	BAMO	160.00	1.10	176.00					0.00	176.00

TOTAUX :				1176.00					1176.00
-----------------	--	--	--	---------	--	--	--	--	---------

Arrêtée la présente facture à la somme de :
 MILLE CENT SOIXANTE SEIZE DHS

PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
REMISE :	0.00	REGLE :	1176.00		AVOIR :	
RESTE DU:	0.00					

DATE FACTURE : 27/10/2023	EDITEE LE : 01/11/2023	PAR: SARA	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		