

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-589619

184029

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1372 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDELKARIM, Mohamed

Date de naissance : 06.10.1953

Adresse : 37V3 HAYEL Qods Sid Berroussi Casablanca

Tél. : 06 632 55582 Total des frais engagés : 62101374,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. Karima MOUNHAR  
MEDECIN RHUMATOLOGUE  
INPE: 091145706

Date de consultation : 14/11/23

Nom et prénom du malade : Smad Fatima Age :

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

Nature de la maladie : Dolor de l'épaule, gdx

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 : Casablanca

Le : 21/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : A. Mounhar



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/11/23        | ...               | ...                   | 160,00                          | ...  |
| 21/11/23        | ...               | ...                   | ...                             | ...  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet et signature du Pharmacien ou du fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| ...   | 14.11.23 | 301,60                |
| ...   | 21.11.23 | 753,20                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| ...   | 14/11/23 | ...                          | ...                    |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

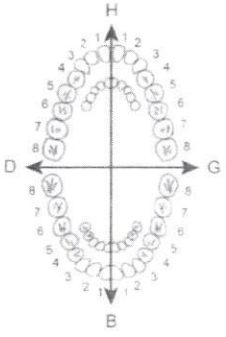
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |
|---|----------------|------------------|-------------|---|
|  |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]<br><br>MONTANTS DES SOINS [ ]<br><br>DEBUT D'EXECUTION [ ]<br><br>FIN D'EXECUTION [ ] |
|   |                |                  |             |   |
|   |                |                  |             |   |
|   |                |                  |             |   |
|   |                |                  |             |   |
|   |                |                  |             |   |
|   |                |                  |             |   |
|   |                |                  |             |   |
|   |                |                  |             |   |
|   |                |                  |             |   |

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

A dental arch diagram showing the upper and lower dental arches. The upper arch is labeled 'H' at the top and 'D' on the left. The lower arch is labeled 'B' at the bottom and 'G' on the right. Teeth are numbered 1 through 16 on both sides of the midline. The diagram is used for dental work planning.

| MACHOIRIÈRE  |          |
|--|----------|
| H  |          |
| 25533412   | 21433552 |
| 00000000   | 00000000 |
| D  | G        |
| 00000000   | 00000000 |
| 35533411   | 11433553 |
| B  |          |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b>                  |          |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |          |
|  |          |
|  |          |
|  |          |
|  |          |
|  |          |
|  |          |
|  |          |
|  |          |

| COEFFICIENT 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

RADIOLOGUE :DR

Nom : SOUAD

MEDECIN DEMANDEUR .....

Prénom : FATIMA

DATE : 14/11/2023

EXAMEN RADIOLOGIQUE **Rx : EPAUL DROITE**

## RESULTAT

- Absence de lésion osseuse post-traumatique visible sur ces incidences .

SENTIMENTS CONFRATERNELS

FATIMA  
Médecin Radiologue  
Polyclinique CNS  
Sidi Bernoussi



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: 655686       | N° SEJOUR: 230051901 | <b>FACTURE N° 2302020877</b>   |  | DATE D'ENTREE: 14/11/2023            | DATE DE SORTIE: 14/11/2023 |
| ASSURE:              |                      | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI<br>N° IMMAT C.N.S.S:<br>N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE:<br>N° SE. SOC. ETRANG.: |  | DESTINATAIRE:<br><b>SMAD, Fatima</b> |                            |
| MALADE: SMAD, Fatima |                      |  |  |                                      |                            |
| NOM JEUNE FILLE:     |                      |  |  |                                      |                            |
| 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 SPECIALISTE | Cs            | 1.00             | 150.00           | 150.00 |                |         |                |         | 0.00           | 150.00  |

|   |                       |             |                                     |          |                                       |  |          |        |
|---|-----------------------|-------------|-------------------------------------|----------|---------------------------------------|--|----------|--------|
| Intervenant: 100057 DR. MOUKHABIR KARIMA                          | TOTAUX:               | 150.00      |                                     |          |                                       |  |          | 150.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>CENT CINQUANTE DHS | PLAFOND PC :          |             |                                     |          |                                       |  | ACOMPTE: |        |
|   | REMISE:               | 0.00        | REGLE:                              | 150.00   |                                       |  | AVOIR:   |        |
|   | RESTE DU:             | 0.00        |                                     |          |                                       |  |          |        |
| DATE FACTURE: 14/11/2023  | EDITEE LE: 14/11/2023 | PAR: MOUJAH | 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:                 |          | 011793000023210006006837              |  |          |        |

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 :              | 655686 | N° SEJOUR : | 230051960 | <b>FACTURE N° 2304019807</b>     | DATE D'ENTREE :                       | 14/11/2023 | DATE DE SORTIE : | 14/11/2023 |
| ASSURE :              |        |             |           |                                  | DESTINATAIRE :<br><b>SMAD, Fatima</b> |            |                  |            |
| MALADE : SMAD, Fatima |        |             |           |                                  |                                       |            |                  |            |
| NOM JEUNE FILLE :     |        |             |           |                                  |                                       |            |                  |            |
| TIERS PAYANT 1 :      |        |             |           | UF: 5003 RADIOLOGIE              |                                       |            |                  |            |
| TIERS PAYANT 2 :      |        |             |           | N° IMMAT C.N.S.S. :              |                                       |            |                  |            |
| REF. PC 1 :           |        |             |           | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : |                                       |            |                  |            |
| REF. PC 2 :           |        |             |           | N° SE. SOC. ETRANG. :            |                                       |            |                  |            |

| 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 |
| ACTES DE RADIOLOGIE<br>ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE | Z             | 17.00            | 10.00            | 170.00 |                |         |                |         | 0.00           | 170.00  |

|  |                        |             |                                      |  |                                       |  |          |        |
|--|------------------------|-------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|--|----------|--------|
| Intervenant : <b>146999 EQUIPE, RADIOLOGIE RADIOLOGIE</b>            | TOTAUX :               | 170.00      |                                      |  |                                       |  |          | 170.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>CENT SOIXANTE DIX DHS | PLAFOND PC :           |             |                                      |  |                                       |  | ACOMPTE: |        |
|  | REMISE :               | 0.00        | REGLE :                              |  |                                       |  | AVOIR :  |        |
|  | RESTE DU:              | 170.00      |                                      |  |                                       |  |          |        |
| DATE FACTURE : 14/11/2023  | EDITEE LE : 14/11/2023 | PAR: MOUJAH | ACCIDENT DE TRAVAIL :                |  |                                       |  |          |        |
| VISA   |                        |             | N° DE POLICE :                       |  | DATE AT :                             |  |          |        |
|  |                        |             | Réglement à effectuer à l'ordre de : |  | POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI |  |          |        |
|  |                        |             | BANQUE :                             |  | BMCE - BERNOUSSI                      |  |          |        |
|  |                        |             | N° compte bancaire :                 |  | 011793000023210006006837              |  |          |        |

Casablanca, le 21/4/23

Smad Fatma

PHARMACIE ROUASSID  
 Marjao RHAIEM  
 Diplôme de Strasbourg France  
 Bloc 113 N°1 Sidi Bernoussi  
 Tél.: 022.73.15.17

1/ chondro  
 199,00 x 3 1g

11 3m

600  
 3/ Olynd 26

28 1/2 1/2 1/2

9600 28 1/2 1/2 1/2

3/ mag 1 2  
 753,00

DR. Karima MOUKHABIR  
 MEDECIN RHUMATOLOGUE  
 INPE: 091145700

PPV: 96DH00  
PER: 09/25  
LOT: M1410-3

6900

CD071 0526

LOT PER

Prix 199.00

CD071 0526

LOT PER

Prix 199.00

CD071 0526

LOT PER

Prix 199.00



Casablanca, le 14/11/23

Smad Fatima

1/ Rydo flex  
 9400 150 x 3 7 j

PHARMACIE BOUABID  
 Mantag RHALEM  
 Diplome de Strasbourg France  
 Bloc 113 N°1 Sidi Bernoussi  
 Tél: 05 22 73 45 17

2/ Arthroz flex  
 7980 150 x 3 7 j

3/ 1000 a 2 j  
 9900 150 x 3 7 j

4/ Paraflex  
 2880 150 x 3 7 j

5/ Vidural  
 2880 150 x 3 7 j

301,60 18 x 3 16 j

DR. Karima ITOUK  
 MEDECIN RHUMATOLOGUE  
 INPE: 091145700





6 111254 022220

PPC: 79,80 DHS

PER: 01/26

LOT: DOV58

00-66 CASAL

Prix

LOT

PER

FM93 0426 3 14

EMB 75112 W Ref: 990510 ETL

l'enregistrement au ministère de la santé

28/80



PER

LOT

PPV

GTIN: 06118001260850

LOT: 4051

MFG: 09 2022

EXP.: 09 2025

PPV: 94dhs00



Casablanca, le 14/11/23.

Smad Fatima



Rx de l'épave



DR. Karima MOUKHARBI  
MEDECIN RHUMATOLOGUE  
INPE: 091145706