

## 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 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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

M23-0017567

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9442 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SADOK Ahmed  
 Date de naissance : 27 Oct 1963  
 Adresse :  
 Tél. : 0631 428339 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Nabil HATTOMA  
CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE  
TRAUMATOLOGUE

Date de consultation : 07/12/2023  
 Nom et prénom du malade : SADOK MALAK Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : DORLALGIES Cervicales  
 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-A-215 / 2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/12/2023	116,10

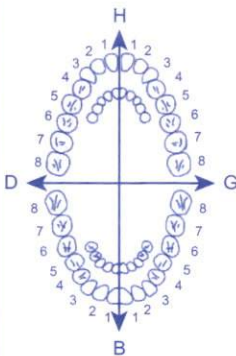
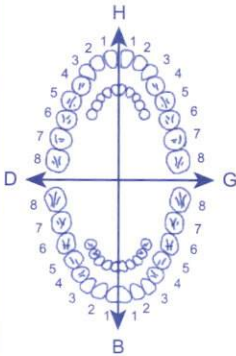
[illegible][illegible]

## 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									
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>  <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b> </div> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي

ⵜⴰⵎⴰⵔⵜ ⵜⴰⵖⴰⵎⴰⵏⵜ

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



درب غلف

DERB GHALLEF

le 07.12.2013

M<sup>14</sup> JADOK MARAK

LOT 201240  
EXP 01/25  
PPV 21DH80

21,80  
AlgiK fouter

41,50  
Amex 720

LOT : 221561  
EXP : 11/2026  
PPV : 41,50DH

52,80  
31 Praxol 2

PPV: 52DH80  
PER: 12/24  
LOT: L2469-2

Docteur Nabil HATTOMA  
CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
INPE: 0522863643

صيدلية ابن تيمية  
PHARMACIE IBN TAIMIA  
FOULOUS  
Docteur en Pharmacie  
119 Lot Al Agassis Sidi Maârouf  
0522863643 Casablanca



Casablanca, le 09 Décembre 2023

**DR HATTOMA NABIL**

**MLLE. SADOK MALAK**

## COMPTE RENDU

### RADIOGRAPHIE DU RACHIS ENTIER FACE ET PROFIL EN CHARGE

- Déviation scoliotique lombaire à convexité gauche avec angle de Cobb mesuré à 17° entre les plateaux supérieur de D12 et inférieur de L4.
- Pas de bascule significative du bassin.
- Respect des courbures rachidiennes dorso-lombaires dans le plan sagittal.

**DR. HABCHAOUI SANAA**

  
RADIOLOGIE ANOUAL 111  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
Dr. Sanaa HABCHAOUI  
Médecin Radiologue

  
RADIOLOGIE ANOUAL 111  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
N° 00101406000053

(A renseigner par le médecin traitant)

Docteur Nabil HATTOMA  
CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
INPE : 091037200

Cervicagies  
Dorsalgies  
Scorior

For For Power Enter  
FL

Professionnels de santé et des Etablissements

\* Accoler l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

Fax :

Tél. :

## FACTURE

N° de l'admission : 23010577 N° Facture : 23010336 Date facturation : 09/12/2023

Nom et prénom du patient : MALAK SADOK

Convention : PAYANT MUPRAS (RAM)

Traitement : Examen radiologie

Entrée: 09/12/2023 Sortie: 09/12/2023

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RACHIS COMPLET F+P CASSE IINC 30X120			512.00
		Sous-Total	512.00

PRESTATIONS EXTERNES	Nombre	Prix unitaire	Montant
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH			128.00
		Sous-Total	128.00

### RETENU HONORAIRE :

MÉDECIN	Taux (%)	Montant	Montant de retenu
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH	10	128.00	12.80
		Sous-Total	12.80

arrêtée la présente facture à la somme de :

Six cent quarante dirhams

Total : 640.00

Part patient 640.00

Notre compte bancaire :

Adhérent

Mle

PC N°





POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1437966	N° SEJOUR : 230124129	<b>FACTURE N° 2302032971</b>		DATE D'ENTRÉE : 07/12/2023		DATE DE SORTIE : 07/12/2023					
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>SADOK, Malak</b>							
MALADE : SADOK, Malak											
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 SPÉCIALISTE		CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 26122011 DR NABIL HATTOMA (TRAUMATOLOGUE)	TOTAUX :	150.00						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 : 07/12/2023	EDITEE LE : 07/12/2023	PAR: IMANE	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :				DATE AT :	
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef			
			BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
			N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

Caisse Consultation  
Polyclinique CNSS  
Derb-Ghallef

وصفة  
ORDONNANCE



le 07-12-2023

M. SADOK MARIL

18 ANS

fracture de Scapula ??

RADIOLOGIE ANATOMIALE 111  
Oncologie & Diagnostic de l'os  
ICE: 00161470000053

Rx RACHIS  
ENTIER F / P

Docteur Nabil HATTOMA  
CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
TINPE: 00161470000053