

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
M23-004903

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1379 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL IDRISSI LATIFA
Date de naissance :
Adresse : habituelle
Tél. : 06 13 700 700 Total des frais engagés : 1780,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 18 / 01 / 2024
Nom et prénom du malade : EP Idriksi Latifa Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Arthrose + ostéoporose
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) : [Signature] Le : 18 / 01 / 2024

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
18/01/24			250.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/01/24	1790.0

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

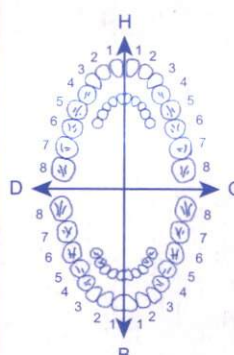
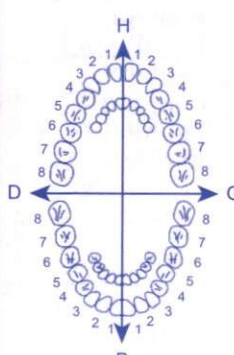
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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



POLYCLINIQUE C.N.S.S -
ZIRAOU
BD ZIRAOU, ANG RUE
GENERAL HENRYS RUE ABOU
AI ABBAS, CASABLANCA 20250
05 22 20 38 56, 05 22 22 05 90,05
22 29 88 54

ORDONNANCE MEDICALE

IPP: 2400002273



N° dossier: Traumato_118/2024

Nom et prénom du patient: EL IDRISSI LARABI LATIFA

Date naissance: 27/08/1950 (73 ans)

AZ 500 mg

1 cp 1 fois par Jour(s) pendant 3 Jour(s)

FOSAVANCE 70 / 5600 mg/ui comprimé

1 cp 1 fois par Semaine(s) pendant 6 Mois

NOCICEPTOL gel

1 App 2 fois par Jour(s) pendant 10 Jour(s)

piasclédine cp

1 cp 1 fois par Jour(s) pendant 3 Mois

Editée le: 18/01/2024 15:31

Signature

P P V 188.00 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

P P V 188.00 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

P P V 188.00 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

AZ 500 mg
Boîte de 3 comprimés
P.P.V.: 60,00 DH
6 11 8000 190097

LOT P.V.C.: 198.00 DH

C256
2025-11

CNK 3259-850



3 401020 354451

ADGLETL01 - REV: 2022/09/E

70058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ

DISTRIBUE PAR MSD MAROC BP 136 - BOUSKOURA
P.P.V.: 193,60 DH
Fosavance 5600 UI
4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC BP 136 - BOUSKOURA
P.P.V.: 193,60 DH
Fosavance 5600 UI
4 comprimés

70058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ

DISTRIBUE PAR MSD MAROC BP 136 - BOUSKOURA
P.P.V.: 193,60 DH
Fosavance 5600 UI
4 comprimés

70058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ

DISTRIBUE PAR MSD MAROC BP 136 - BOUSKOURA
P.P.V.: 193,60 DH
Fosavance 5600 UI
4 comprimés

70058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ

DISTRIBUE PAR MSD MAROC BP 136 - BOUSKOURA
P.P.V.: 193,60 DH
Fosavance 5600 UI
4 comprimés

Le 18.01.2024

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

DOCTEUR AZIZ AMINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU

Certifie que Mlle, Mme, M :

El Edrissi Latifa

Présente

Arthrose + ostéoporose

Nécessitant un traitement d'une durée de: 06 mois

06 (six) mois

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

DOCTEUR AZIZ AMINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU



POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI
BD ZIRAOUI, ANG RUE GENERAL HENRYS RUE ABOU AI ABBAS,
CASABLANCA 20250.
05 22 20 38 56, 05 22 22 05 90, 05 22 29 88 54 .
05 22 22 29 91.
INPE : 090001553
ICE : 001757364000080
IF: 1602058

FACTURE N° : F240203045/P

N° classement : PAYANT - 2773



090001553

DATE FACTURE : 18-01-2024

Identification patient

N° IPP : 2400002273

Nom et prénom : EL IDRISSI LARABI LATIFA

N° d'admission : S240201353

Information

Date d'entrée : **18/01/2024 13:05**
Organisme 1 : **PAYANT (Payant)**
Service d'entrée : **TRAUMATOLOGIE**

Date de sortie : **18/01/2024 13:06**
N° immatriculation 2 :
Medecin Traitant : **Dr. AZIZ AMINE**
Service de sortie : **TRAUMATOLOGIE**

Nature de Prestation	Intervenant	Lettre Clé	Quantité	PU	Taux Pec	Prix Total
ACTES COTES EN C : CONSULTATION DE SPECIALISTE	52018	Cs	1	150,00	0,00	150.00
TOTAL						150,00 Dhs

Nature de Prestation	Tiers payant 1		Tiers payant 2		Part du patient	
	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH
Cs	0,00	0,00	0,00	0,00	150,00	100,00
TOTAL	0,00 Dhs	0,00	0,00 Dhs	0,00	150,00 Dhs	100,00

Montant dû :	150,00 Dhs
Avances :	0,00
Montant Régulé :	150,00
Reste du :	0,00
Avoir :	0,00

Arrêtée la présente facture de la part patient
à la somme de :

cent cinquante Dirhams

150,00 Dhs

EDITEE LE : 18 janv. 2024 à 13:07

PAR : ZAHY HALIMA

