

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostique 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

N° P19- 0040905

NP: 35974

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 431 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : EL FAITISS Amina

Date de naissance : 1938

Adresse : Rue 67 n° 2 EL ALIA 2 FLOUFA CABA

Tél. : 0677926958 Total des frais engagés : 6771,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/04/2020

Nom et prénom du malade : EL FAITISS Ahmed Age : 1938

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : 26/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

24/07/2020			1500H	
------------	--	--	-------	--

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

	24.07.2020	471,5
--	------------	-------

# 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
		AM	PC	IM	IV	

	4/août/20					56000H
--	-----------	--	--	--	--	--------

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

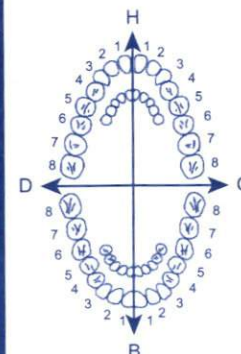
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

**(Création, remont, adjonction)**  
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



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

Le devoir de vous protéger



درب غلف

DERB GHALLEF

Dr. G. AHAMMI . H  
VERIFIE

ORDONNANCE

TAHIRI-JOUTI  
Docteur en Pharmacie  
687, angle Rd. Oued Sebou  
et Rue 150, El Oulfa  
CASABLANCA

26/07/2020

Sc. Amriss Ahmed

Distribué sous licence

- LAPROPHAN S.A.-

21, rue des Oudaya

Casablanca - Maroc

PPV : 157DH00

177.3

Xalaban

(S.V)

Distribué sous licence

- LAPROPHAN S.A.-

21, rue des Oudaya

Casablanca - Maroc

PPV : 157DH00

2 fls a 28h

LATANO

Distribué sous licence

- LAPROPHAN S.A.-

21, rue des Oudaya

Casablanca - Maroc

PPV : 157DH00

471.3

3 ans

Dr. Bouchra GEDRA  
Maladie Chirurgicale  
Chef Service Urgence des  
Polyclinique CNSS Derb Ghallef-Casablanca  
Tél : 05 22 86 30 20 à 27 - Fax : 05 22 86 42 05





CASABLANCALE, 26/04/2020

**NOM ET PRENOM DU MALADE**

EC BANTISS Ahmed

**PRESCRIPTION DES LUNETTES**

**VISION DE LOIN**

O. D

+1,25 (-1,50 à 85°)

O. G

+2,50

**VISION DE PRES**

O. D

+2,50

O. G

2 paires

**MONTURES**

RUE ADDAMAN - DERB GHALLEF CASABLANCA

TEL.: 05 22 86 30 20/27 LG/FAX : 05 22 86 42 50

# Optique EL FATH



# نظارات الفتح

Bd. Moudiboukita, Bloc «J» N° 83  
Casa - GSM : 06 61 97 79 82  
Patente : 36616616

شارع موديبوكيتا بلوك «ج» رقم 83  
الدار البيضاء - المحمول : 06 61 97 79 82  
الباتانت : 36616616

I.F : 40178251

R.C : 377480

ICE : 0008056000089

## FACTURE

N° 07239

Casablanca, le :

M:

El Fath Ahmed

4 / 10 / 2020

N° de Nomenclature :

Docteur : Bencha Guediza

Monture: optique

3100 DH

Verres: organique Photogris

3500 DH

VL: Antireflet

OD: +1,50 à 85°

OG: +2,50

VP:

OD: +2,50

OG:

Total : 5600 DH

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de

Cinq Mille six cent

OPTIQUE EL FATH  
Bd. Moudiboukita Bloc (J)  
N° 83 - CASABLANCA  
Tél: 06 61 977 982

POLYCLINIQUE C.N.S.S - 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 : 1155670	N° SEJOUR : 200042584	<b>FACTURE N° 2002010541</b>		DATE D'ENTREE : 24/07/2020		DATE DE SORTIE : 24/07/2020	
ASSURE :				DESTINATAIRE : EL FANTISS,Ahmed			
MALADE : EL FANTISS,Ahmed		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI					
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :					
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :					
TIERS PAYANT 2 :							
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :			

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
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 10524 DR GUEDIRA BOUCHRA (OPHTALMOLOGUE)	TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
	REMISE :	0.00	REGLÉ			AVOIR :	
	RESTE DU :	150.00					
DATE FACTURE : 24/07/2020	EDITEE LE : 24/07/2020	PAR: ZBIRY	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
			BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
			N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31			