

## 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 déclaration de maladie chronique est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

#### Maladie et Affection Longue Durée ALD et

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 3 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° W19-579483

49947

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 293 Société : RAN  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE  
 Nom & Prénom : AZIZ ALLAL  
 Date de naissance : 1938  
 Adresse : N° 56 Rue NAK ELIKE KAY ARRANA  
 Tél. : 30,00 Dhs  
 Total des frais engagés : 30,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/10/2020  
 Nom et prénom du malade : AZIZ ALLAL  
 Age : 82 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :   
 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.

Fa

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

29/10.22

12

Dr. ZGUENI Abdelhak

Service des Urgences

Clinique des Dents

## EXECUTION DES ORDONNANCES

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

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

29/10.22

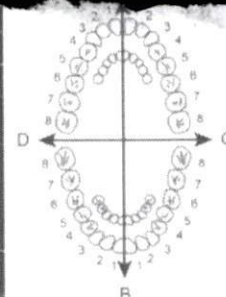
30.00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

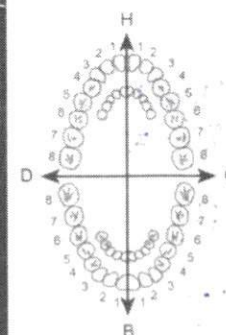
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PG	TM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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



CLINIQUE DE LA  
SOLIDARITE SOCIALE  
107B CHALLEF

N° 004954

DU MALADE

N.S.S. ou Mutuelle

Renseignement Clinique

Examen demande

Le Medecin Traitant

PC =

URGENT

RAPIDE

NON

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
 10100 CASABLANCA  
 Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
 NPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1175015	N° SEJOUR : 200069117	<b>FACTURE N° 2005042850</b>		DATE D'ENTREE : 29/10/2020		DATE DE SORTIE : 29/10/2020					
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>AZIZ, Allal</b>							
MALADE : AZIZ, Allal											
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	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	31.00	10.00	310.00					0.00	310.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .	TOTAUX :	310.00						310.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT DIX DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU:	310.00						
DATE FACTURE : 29/10/2020	EDITEE LE : 29/10/2020	PAR: MOURAD	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 :		011 200 00 00 028 31			

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 : 1175015	N° SEJOUR : 200069171	FACTURE N° 2005042904	DATE D'ENTREE : 29/10/2020		DATE DE SORTIE : 29/10/2020	
ASSURE :			DESTINATAIRE : AZIZ,Allal			
MALADE : AZIZ,Allal						
NOM JEUNE FILLE :						
TIERS PAYANT 1 :		UF: 5002 URGENCES				
TIERS PAYANT 2 :		N° IMMAT C.N.S.S :				
REF. PC 1 : REF. PC 2 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :				
		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 GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX :	120.00							120.00
---	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	120.00		AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00					

DATE FACTURE : 29/10/2020	EDITEE LE : 07/11/2020	PAR: MOURAD	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







INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghalef

صلىحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 29\*10\*2020

Patient (e) : AZIZ ALLAL

### RX. POUMONS FACE

Infiltrant réticulé apical droit.

Epaississement des parois bronchique des bases sans foyer systemateux.

Silhouette cardio médiastinale normale.

CDS pleuraux libres.

A confronter aux antécédents.

☐ I.R.M  
( 1.5 Tesla )

☐ Scanner  
(Corps Entier)

☐ Radiologie  
Numérique

☐ Echo-Doppler  
(Couleur)

### RX AVANT BRAS GAUCHE.

Absence de trait de fracture décelable refoulement des lignes graisseuse péri articulaire postérieur du poignet : épanchement articulaire ?

A confronter à la clinique.

DR. GHERKAOUI AICHA

