

## 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.
- Une entente préalable 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
- 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

N° W19-579483

49947

Maladie     Dentaire     Optique     Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 293    Société : RAM

Actif     Pensionné(e)     Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : AZIZ ALLAL

Date de naissance : 1938

Adresse : N° 56 Rue N°K ELIKE KAY ARRANA  
ASA

Tél. :    Total des frais engagés : 30,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/12/2020

Nom et prénom du malade : AZIZ ALLAL    Age : 62

Lien de parenté :  Lui-même     Enfant

Nature de la maladie : Tumeur    5m

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 : 2020    20/12/2020

**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	C	12		

Dr. ZGUENI Abderrahmane  
Service des Urgences  
Océanographique S. Durk Ghahel

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

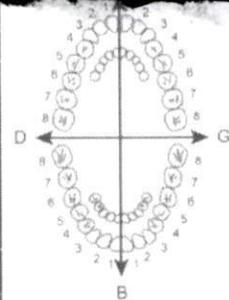
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/10/22	3 Mo. 0'	

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

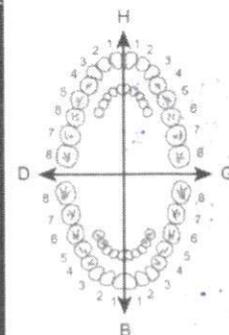
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PG	TM	IV	

**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, Therapeutique, 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  
JUSTICE SOCIALE  
107 B CHALLEF

N° 004954

DU MALADE

M. Aziz Allal

7 C1

N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements Cliniques

Chute

Examen demandé

Dr. Sulman  
Avant Bras  
gauche

Le Médecin Traitant

URGENT

RAPIDE

NON

PC =

R =

TAJIBA BENJALOU  
Chirurgien  
Dentiste

29/10/22

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
 0100 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 :				DESTINATAIRE :	
MALADE : AZIZ, Allal		UF: 5002 URGENCES		AZIZ, Allal	
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
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 :		PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
TROIS CENT DIX DHS		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 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	<b>FACTURE N° 2005042904</b>	DATE D'ENTREE : 29/10/2020	DATE DE SORTIE : 29/10/2020
ASSURE :			DESTINATAIRE : <b>AZIZ,Allal</b>	
MALADE : AZIZ,Allal		UF: 5002 URGENCES		
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 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
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

صحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 29\*10\*2020

Patient (e) : AZIZ ALLAL

### RX. POUMONS FACE

Infiltrant réticulé apical droit.

Epaissement des parois bronchique des bases sans foyer systemateux.

Silhouette cardio médiastinale normale.

CDS pleuraux libres.

A confronter aux antécédents.

### RX AVANT BRAS GAUCHE.

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

A confronter à la clinique.

I.R.M  
( 1.5 Tesla )

Scanner  
(Corps Entier)

Radiologie  
Numérique

Echo-Doppler  
(Couleur)

DR. GHERKAOUI AICHA

