

## 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 radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

### 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° W19-571044

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11679

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL Drissi Youssef

Date de naissance :

20/04/1976

Adresse :

Rue 142 N 7 Ann chech -  
Casablanca

Tél :

0660250378

Total des frais engagés :

126852

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Casablanca

Le :

02/11

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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
02/10/2020	K 10	30	780,18	INP : 301,18
03/10/2020	K 30	780	780,84	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
02.10.20	36.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
02/10/2020		715	150,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



# وصفة ORDONNANCE



Le 21/10/2016

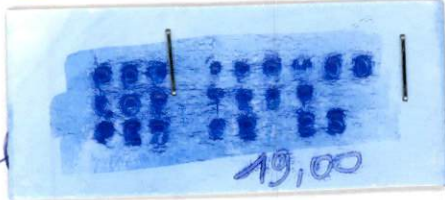
EL TOR: Ss: Souleiman

19.00

1)

Nurodol

100 L x 3 j



19,00



17.50

2)

Dolige-d

100 L x



PPV 17DH50  
PER 11/22  
LOT 12619  
17,50

T = 36.50

PHARMACIE CHARM CHEIKH SARL  
N° 001075 HAMRA 2 AV. AL MOHAMED  
AIN CHOCK - CASABLANCA  
TEL: 05 22 50 65 10 / 06 22 21 02 18

Dr. LARAKI HANOUFA  
Signature  
05092407

POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S  
 Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI  
 20200 CASABLANCA  
 Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71  
 INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	685867	N° SEJOUR :	200020992	<b>FACTURE N° 2003006607</b>		DATE D'ENTREE : 02/10/2020		DATE DE SORTIE : 02/10/2020	
ASSURE :				DESTINATAIRE :					
MALADE : EL IDRISSEI, Souleimane				UF: 5003 RADIOLOGIE		EL IDRISSEI, Souleimane			
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
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant :	186999 EQUIPE RADIO .	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 : 02/10/2020	EDITEE LE : 02/10/2020	PAR: OUKHAL	<b>ACCIDENT DE TRAVAIL :</b>	
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :
			Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S
			BANQUE :	BMCE - YAACOUB ELMANSOUR
			N° compte bancaire :	011 780 0000 71 210 00 60070 49





## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT



1) Date de la constatation de l'état de malade :

EL IDRISSI Soulemane

2) Renseignements cliniques sommaires :

fr. G 2as AV-bras  
droit à domicile

3) Traitement envisagé et actes :

Attelle  
K 10

4) Durée prévisible du traitement :

A

LE

02/10/2020

Signature

  
Dr. Hay Hassani  
Polyclinique  
051092107



N° IPP : 685867		N° SEJOUR : 200020993		<b>FACTURE N° 2005007699</b>		DATE D'ENTREE : 02/10/2020		DATE DE SORTIE : 02/10/2020			
ASSURE :						DESTINATAIRE :					
MALADE : EL IDRISSEI, Souleimane				UF: 5002 URGENCES		EL IDRISSEI, Souleimane					
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		LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
AUTRES ACTES COTES EN K											
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE		K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
FOURNITURES MEDICALES					76.18					0.00	76.18

Intervenant : 470024 DR. LARAKI EL HOUSSAINI BOUCHRA		TOTAUX :		301.18						301.18	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
TROIS CENT UN DHS ET DIX-HUIT CENTIMES				REMISE :		0.00		REGLE :		301.18	
				RESTE DU :		0.00				AVOIR :	
DATE FACTURE : 02/10/2020		ÉDITEE LE : 02/10/2020		PAR : OUKHAL		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :				DATE AT :	
						Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S			
						BANQUE :		BMCE - YAACOUB ELMANSOUR			
						N° compte bancaire :		011 780 0000 71 210 00 60070 49			



## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT



1) Date de la constatation de l'état de malade :

21/03/2020

2) Renseignements cliniques sommaires :

Fr. 208 Av. 1<sup>er</sup> Mars  
dort à domicile

3) Traitement envisagé et actes :

Immobilisation  
K30

4) Durée prévisible du traitement :

A

LE

03/04/2020

Signature

Dr. LAHAKH HASSANI BOUCHA  
Polyclinique Mère-Enfant Hay Hassani

09/03/197

NOTE CONFIDENTIELLE  
DU MEDICIN TRAITANT

Pli à Joindre à la D.E.P

**STRICTEMENT CONFIDENTIEL**

Ce pli ne doit être ouvert  
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur :



POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S  
 Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI  
 20200 CASABLANCA  
 Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71  
 INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	685894	N° SEJOUR :	200021015	<b>FACTURE N° 2005007712</b>		DATE D'ENTREE : 03/10/2020		DATE DE SORTIE : 03/10/2020			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES		DESTINATAIRE :					
MALADE : EL IDRISSI, Souleimane				N° IMMAT C.N.S.S :		EL IDRISSI, Souleimane					
NOM JEUNE FILLE :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 1 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :							
NATURE DE PRESTATION		LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
AUTRES ACTES COTES EN K											
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE		K	30.00	22.50	675.00					0.00	675.00
FOURNITURES MEDICALES					105.84					0.00	105.84

Intervenant : 470024 DR. LARAKI EL HOUSSAINI BOUCHRA		TOTAUX :		780.84					780.84
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :				ACOMPTE :	
SEPT CENT QUATRE-VINGT DHS ET QUATRE-VINGT QUATRE CENTIMES				REMISE :	0.00	REGLE :	780.84	AVOIR :	
				RESTE DU :	0.00				
DATE FACTURE : 03/10/2020		EDITEE LE : 03/10/2020		PAR: ELKERB		ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA						N° DE POLICE :			
						DATE AT :			
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S			
						BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR			
						N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49			

Casablanca, 05/10/20

**SERVICE DE RADIOLOGIE**

IDENTITE PATIENT : EL IDRISSE SOULAIMANE

EXAMEN DEMANDE PAR : DR

RADIOGRAPHIE : AVANT BRAS DROIT

RESULTATS :

- Fracture de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant bras droit.

*Dr. Souad LAHBABI*  
RADIOLOGUE

DR LAHBABI  
MEDECIN RADIOLOGUE  
PHH CNSS

POLYCLINIQUE DE LA  
SECURITE SOCIALE

BILLET D'EXAMEN  
DE RADIOLOGIE

Nom du service médical  
demandeur code

IAS

NOM DU MALADE

Abdissi  
Ghalimane

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

CAISSE URGENCES  
C.N.S.S. HAY BASSANI (USA)  
Polyclinique Mère F

Renseignements clinique

Examen demande

Rx dent Bas  
DT  
F+P

Le médecin traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24 x 30

36 x 43

35 x 35

18 x 24

30 x 40

35 x 35

13 x 18

15 x 40

Biffer les mentions inutiles

Total clichés =

Total posés =



POLYCLINIQUE DE LA  
SECURITE SOCIALE

BILLET D'EXAMEN  
DE RADIOLOGIE

Nom du service médical  
demandeur code

1103

NOM DU MALADE

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Examen demande

Le médecin traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24 x 30

36 x 43

35 x 35

18 x 24

30 x 40

35 x 35

13 x 18

15 x 40

Biffer les mentions inutiles

Total clichés =

Total posés =