

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
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.c.r



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

15696

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023197

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1985 Société : RATI
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUKHARIS KHAIR Date de naissance : 30-03-1953
Adresse : 11 Rue Abou Faris Ben Hammad - CABA
Tél. : 06 235 18 19 Total des frais engagés : 526,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. GHALIM ABDELHAK
Médecin Généraliste
Vacataire
Polyclinique CNSS ZIRAOUI

Date de consultation : 02/12/2020
Nom et prénom du malade : BOUKHARIS Amine Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Rhumatisme
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 : Le 02/12/2020
Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
09 111 2222
ACCUSE

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
02/01/20	SECRÉTARIAT SOCIAL CASABLANCA	2	80,00	Dr. GHALIM ABDELRAK Médecin Généraliste Polyclinique CNSS ZIRAOU

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

02/01/20 446,00

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 des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

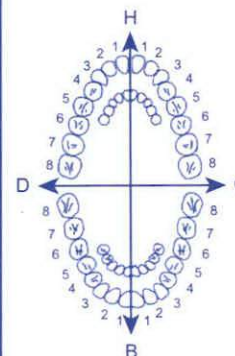
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

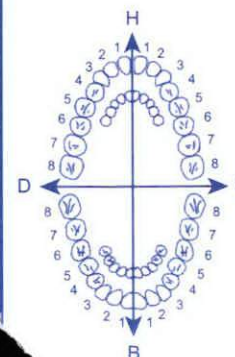
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



U PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE

le 02/01/2020

19650

↓ Boukharis Amina

19.6.50x2

①

Sepcen 10

19650

②

23.00 1 g 2x 7 j

ALER 2

③

3.00

1 g 1x 5 j

Aluradul

1 g 2x 7 j

446,00

PPV :
LOT :
PER :

30,00

Dr. GHALIM ABDELHAK
Médecin Généraliste
Vacataire
Polyclinique CNSS ZIRAOU

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU
Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA
Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 700393	N° SEJOUR : 200000131	FACTURE N° 2005000079		DATE D'ENTREE : 02/01/2020		DATE DE SORTIE : 02/01/2020	
ASSURE :				DESTINATAIRE :			
MALADE : EL BARDOUI, Amina		UF: 5002 URGENCES		EL BARDOUI, Amina			
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :					
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :					
TIERS PAYANT 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :					
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :					

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 COTES EN C CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00

Intervenant : 13072009 GHALIM ABDELHAK GENERALISTE	TOTAUX :	80.00					80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : PLAFOND PC : QUATRE-VINGT DHS	PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
REMISE :	0.00	REGLE :	80.00			AVOIR :	
RESTE DU :	0.00						
DATE FACTURE : 02/01/2020	ACCEDITEE LE : 02/01/2020	PAR : SIBAI	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA	N° DE POLICE :		N° DE POLICE :				
Réglement à effectuer à l'ordre de :			POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU				
BANQUE :			B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA				
N° compte bancaire :			0-1 780 00 00 43 210 00 60050 54				

**POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE**
CASABLANCA - ZIRAOU
Frais pris en charge