

## 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.



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

## Declaration de Maladie

N° W19-470678

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e) : **25179**

Matricule : **2768** Société : **RAM**

☐ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : **RETRAITES**

Nom & Prénom : **MILALI FOUZIA**

Date de naissance : **07.08.58**

Adresse : **HAY 94 ABDELLAH Rue 99 N°5**  
**Ain chock, CASA**

Tél : **06 00 376 166** Total des frais engagés : **1496,60 DH** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **04.03.2020**

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : **NTA**

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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)



# 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
4/3/2020	CCU	250		INP : 091208929

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

091208929 1350100

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# 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

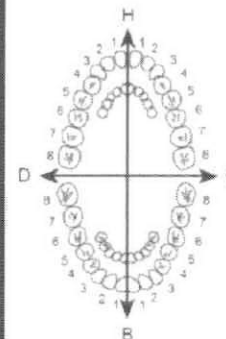
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

INP : 091208929



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 G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)

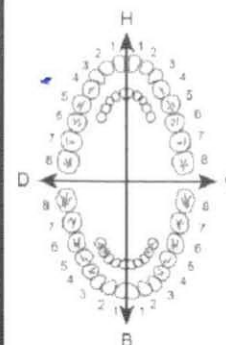
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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





att le 3 mois  
وصفة  
ORDONNANCE



le 04-03-2020

me HIAI FOUZIA

1. Par - Protex 10/2.5 : 1cp/j

2. Vastarel 35 mg : 1 cp

3. TANER 20 mg : 1 cp

4. levothyrox 70 mg : 1 cp

182,80

182,80

182,80

150,40

150,40

150,40

TAHOR 20MG 28 CPS  
P.P.V : 103DH40

6 118000 250807

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

PHARMACIE INES  
صيدلية انيس  
Dr En Pharmacia  
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40  
CASA - Tél 0522 50 24 80

Cardio-Vasculaires  
Spécialiste en Maladies

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06





N° IPP : 839628	N° SEJOUR : 200011038	<b>FACTURE N° 2002005096</b>		DATE D'ENTREE : 04/03/2020	DATE DE SORTIE : 04/03/2020					
ASSURE		DESTINATAIRE : HILALI,Fouzia								
MALADE : HILALI,Fouzia		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 :		N° SE. SOC. ETRANG. :								
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
	CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	CsC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00
Intervenant : 46204 DR TOUHAMI ILHAM				TOTAUX :	250.00					250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
DEUX CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU :	250.00					
DATE FACTURE : 04/03/2020		EDITEE LE : 04/03/2020		PAR: LAKHDA		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :						
Règlement à effectuer à l'ordre de :						POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA				
BANQUE :						BMCE - INARA				
N° compte bancaire :						011.780.0000 54 210 00 60 016 91				

**LAKHDA**  
Caisse Auxiliaire  
Polyclinique C.N.S.S - INARA



Nom pat.:

FC: 59/min

RYTHME SINUSAL

No pat. :

Intervalles:

POSSIBLE SYNDROME WPW, TYPE B

No réf. :

RR 1018 ms

POSITION HYPERGAUCHE

Né:

P 84 ms

QRS(T) MODIFIE:

Age:

PQ 90 ms

INFARCTUS ANTER. POSSIBLE

Ethnie:

QRS 232 ms

INFARCTUS INFER. POSSIBLE

QT 522 ms

ST SOUS-DECALE, POSSIBLE LESION SOUS-ENDOCARDIQUE

QTC 522 ms

LAT. HAUT

Taille:

cm

5.78

RAPPORT NON-CONFIRME

Poids:

kg

T<sub>a</sub>:

mmHg

Axes:

P (II) 0.08 mV

P 0 °

S (V1) -0.04 mV

QRS -90 °

R (V5) - mV

T 149 °

Sokol. 4.83 mV

Méd:

CNSS INARA

AT-101

1.32 Ctm

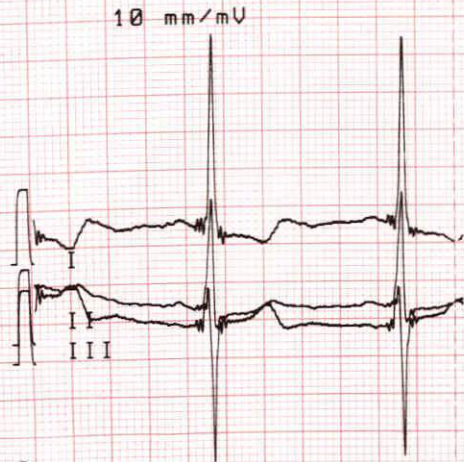
Me 04-MAR-20 11:06:23

AT-101

1.32 Ctm

Me 04-MAR-20 11:06:23

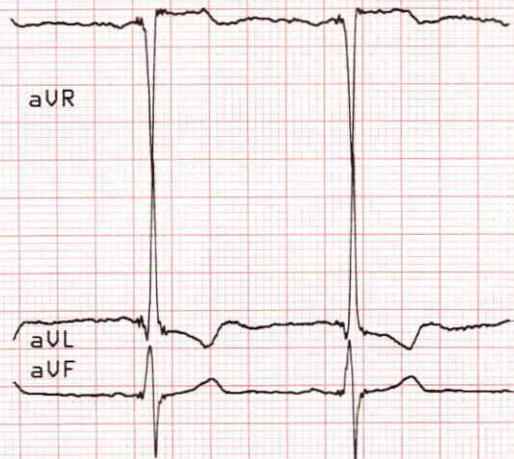




25 mm/s

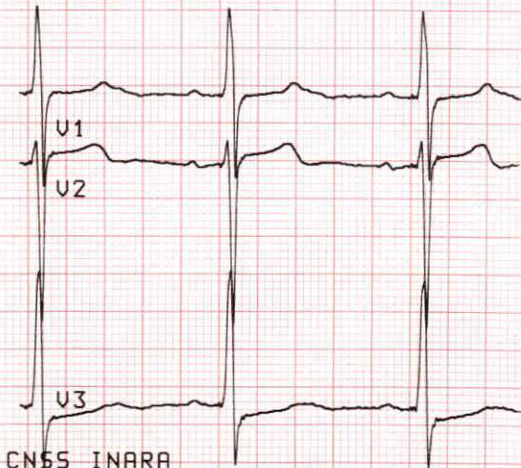
36.343

2.157 026



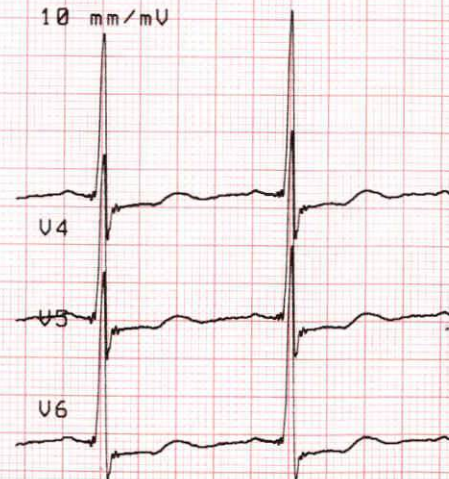
0.05-35Hz F50 55F SB5

2.157 026



1.32 Ctm

2.157 026



Me 04-MAR-20 11:06:23

2.157 026