

## 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

## Déclaration de Maladie

N° W19-580667

72 981

LA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 93041 Société : DAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : GENERALI ABDELHAKIM EL HACHY CHERIF  
 Date de naissance : 01/01/1941  
 Adresse : 12012 HOUZIA N°12 Bloc 202  
 Tél. : 0522 89 93 51 Total des frais engagés : 1120,02 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Youssef YAQOUBI  
Médecin Généraliste  
INPE : 09183269

Date de consultation : 12/05/2021  
 Nom et prénom du malade : EL HACHY CHERIF Age : 70 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : SD - Cardiaque  
 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 : Cas Le : 29 / 05 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-580667

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 93041  
 Nom de l'adhérent(e) : GENERALI  
 Total des frais engagés : 1120,02  
 Date de dépôt : 31/05/2021

### 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



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
12/05/2021	U		120,00	Dr. Bousser YAGQUEL Médecin Généraliste N° 091183269

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/05/2021	ODN	120,00

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

**VOLET ADHERENT**

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

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"/>														
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	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 12/05/2021

Mr. El Hami Neryes

- Sal Inhalateur
- sel fipid
- sero respiratoire

Dr. Youssef YAGOUR

Dr. Youssef YAGOUR  
Médecin Généraliste  
INPE : 091183269





INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 12/05/2021

Patient (e) : EL HADI MERYEM

### SCANNER THORACIQUE

**TECHNIQUE :** Acquisition volumique avec une collimation de 16 x 0.75 mm sans injection de PDC. Reconstructions multi planaires

#### RESULTAT :

☐ I.R.M  
(1.5 Tesla)

☐ Scanner  
(Corps Entier)

☐ Radiologie  
Numérique

☐ Echo-Doppler  
(Couleur)

- Plages en verre dépoli bilatérales, et multifocales, périphériques et prédominant aux lobes inférieurs, **avec atteinte estimée à environ 20 % du parenchyme**
- Absence de condensations systématisées
- Absence d'épanchement pleural ou péricardique
- Absence adénopathie de taille significative
- Médiastin en place et loges médiastinales libres

#### CONCLUSION :

- Atteinte parenchymateuse bilatérale d'allure infectieuse modérée (20 %)
- Examen classé CORADS 5 : aspect très évocateur d'une infection au COVID 19

Cordialement  
Dr JELLOULI

Dr JELLOULI Omar  
Médecin Radiologue  
INPE : 101183531

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 :	1213911	N° SEJOUR :	210035206	<b>FACTURE N° 2105020916</b>		DATE D'ENTREE : 12/05/2021		DATE DE SORTIE : 12/05/2021			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>EL HADI,Meryem</b>					
MALADE : EL HADI,Meryem											
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 TDM		TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00 1000.00	

Intervenant : 20022017 DR JELLOULI OMAR RADIOLOGUE	TOTAUX :	1000.00						1000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU:	1000.00						
DATE FACTURE : 12/05/2021	EDITEE LE : 12/05/2021	PAR: KARIM	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					

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 : 1213911		N° SEJOUR : 210035212		FACTURE N° 2105020922		DATE D'ENTREE : 12/05/2021		DATE DE SORTIE : 12/05/2021			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : EL HADI,Meryem					
MALADE : EL HADI,Meryem											
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		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
CONSULTATION DE MEDECIN. VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A		V	1.00	120.00	120.00					0.00 120.00	

Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE)		TOTAUX :		120.00						120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:
				REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :
				RESTE DU:		120.00				
DATE FACTURE : 12/05/2021		EDITEE LE : 12/05/2021		PAR: KARIM		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				