

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19- 058614

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2847 Société : 74256

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Jamil El Derraf

Date de naissance : 01/01/1943

Adresse : 147 N°14 Rachid 5ème 2 N°38 B

Tél. : 0922 70 52 16 Total des frais engagés : 2300dh + 100dh = 2400dh Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUCHRA GUEDIRA  
Ophtalmologiste  
Maladie et Chirurgie des Yeux  
Chef Service Urgence  
Polyclinique CNSS Derb Gallier-Casablanca

Date de consultation : 08/06/2021

Nom et prénom du malade : Jamil El Derraf Age : 78

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cataracte + Glaucome chronique

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 : 14/06/2021

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
28/06/2021	G		250.54	

Dr. BOUCHRA CHEDDIN  
Ophtalmologiste  
Maladie et Chirurgie des Yeux  
Chef Service Urgence  
Clinique OHS Derb Gallej-Casablanca  
Tél : 05 22 25 20 22 à 24

# 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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

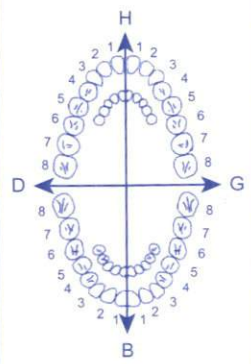
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	12/6/2021					2300.20

# 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

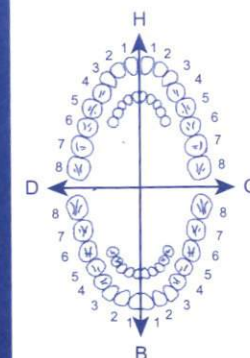
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Optique Douskati

# نظارات دوسكاتي

S. Ennajd Derb Ghallaf N° 1 - Casablanca

س النجد درب غلف رقم 1 - البيضاء

Facture

N° 000892

Patente : 34712750 / IF : 40171564

RC : 409976 / ICE : 001782127000003

Casa le

12/6/2021

NOM

JAMIL

PRENOM

ELMUSTAFA

DOCTEUR

DOCTEUR EL MUSTAFA

PRIX

OD : AXE

71

CYL

-1

SPH

+1

600

VL

OG : AXE

CYL

SPH

Nulu

250

OD : AXE

71

CYL

-1

SPH

+37

400

VP

OG : AXE

CYL

SPH

Nulu

250

Monture

Verres

Facture Arrêtée à la somme de

2300

2300

Signature



المملكة المغربية  
Royaume du Maroc



مصحة  
POLYCLINIQUE



د. ب. غالي  
DR. B. GHALLI

CASABLANCA LE,

08/06/2024

NOM ET PRENOM DU MALADE

Amic El Aushafa

PRESCRIPTION DES LUNETTES

VISION DE LOIN

O. D

+1 (-1 à 75%)

O. G

plan

VISION DE PRES

O. D

+2.75

O. G

MONTURES

2 paires

Indispensable anti-reflet

Dr. Bouchra GHEDIRA  
Ophtalmologiste  
Maladie et Chirurgie des Yeux  
Chef Service Urgence  
polyclinique CNS - Dents Gallet Casablanca  
Tél 05 22 88 30 72 77



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

0662132226

N° IPP :	1061663	N° SEJOUR :	210043282	<b>FACTURE N° 2102011587</b>		DATE D'ENTREE : 08/06/2021		DATE DE SORTIE : 08/06/2021			
ASSURE :						DESTINATAIRE :					
MALADE : JAMIL, El Mostafa				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		JAMIL, El Mostafa					
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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE		CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant :	10524 DR GUEDIRA BOUCHRA (OPHTALMOLOGUE)	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU :	150.00					
DATE FACTURE : 08/06/2021				ACCIDENT DE TRAVAIL :						
EDITEE LE : 08/06/2021				N° DE POLICE :						
PAR: ZBIRY				DATE AT :						
VISA				Réglement 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						