

## 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

- 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  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-454200

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

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

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :



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
29/04	G	G	80.00	INP : 09/11/2007 Dr. RABANI Abdelhakim CNSS Casablanca

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/04/2022	la	DEHIASTOUR MOHAMED Radiologue Psychiatrique 15 rue de la République 91000 Evry Tél : 01 69 10 63 35

[illegible]

**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 : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>										
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>										
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>										
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>										

G.D.P. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	G																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS		<input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION		<input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghalef

☐ I.R.M  
(1.5 Tesla)

☐ Scanner  
(Corps Entier)

☐ Radiologie  
Numérique

☐ Echo-Doppler  
(Couleur)

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le: 29/04/2021

Patient (e) : EL MADHOUS NISRINE

### ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Foie homogène de volume normal de contours réguliers.

Vésicule biliaire alithiasique à paroi fine.

Absence de dilatation des voies biliaires intra ou extra hépatiques.

Voie biliaire principale et tronc porte de calibre normal.

Les deux reins, pancréas et la rate sont normaux.

Absence d'épanchement ou d'adénopathie profonde.

### CONCLUSION

Echographie abdominale sans particularité.

DR MESTOUR

DR MASTOUR MOHAMED  
Radiologue Polyclinique  
CNSS Derb Ghalef  
INPE : 91036335



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 :	1211919	N° SEJOUR :	210032389	FACTURE N°	2105019120	DATE D'ENTREE :	29/04/2021	DATE DE SORTIE :	29/04/2021
----------	---------	-------------	-----------	------------	------------	-----------------	------------	------------------	------------

ASSURÉ :		
		DESTINATAIRE :

MALADE : EL MADHOUS,Nissrine	UF: 5002 URGENCES	EL MADHOUS,Nissrine
	N° IMMAT.C.N.S.S.:	

NOM JEUNE FILLE :	N° IMMAT C.N.S.S :
TIERCE PAYANT 1 :	N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

TIERS PAYANT 1 :	
TIERS PAYANT 2 :	

REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :		
					TIERCE PAYANT 1	TIERCE PAYANT 2
						PART DU MALADE

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 GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00

Intervenant :	06112011 DR RABANI ABDELTIF (GENERALISTE)	TOTAUX :	80.00						80.00
---------------	---	----------	-------	--	--	--	--	--	-------


Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
---	--------------	--	--	--	--	----------	--

QUATRE-VINGT DHS	REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
------------------	----------	------	---------	--	---------	--

[illegible]

DATE FACTURE : 29/04/2021	EDITEE LE : 29/04/2021	PAR: MOURAD	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>
---------------------------	------------------------	-------------	------------------------------

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

Réglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

**BANQUE :** BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA  
N° compte bancaire : 314.700.0000.70.010.00.00.000.01

---

N° IPP : 1211884		N° SEJOUR : 210032344		FACTURE N° 2105019097		DATE D'ENTREE : 29/04/2021		DATE DE SORTIE : 29/04/2021			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : EL MADHOUS,Nisrine					
MALADE : EL MADHOUS,Nisrine NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 : 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	
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00
Intervenant : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED					TOTAUX :	200.00					200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
					REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :		
					RESTE DU:	200.00					
DATE FACTURE : 29/04/2021					EDITEE LE : 29/04/2021	PAR: MOURAD	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	