

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-643879

87690



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10639

Société :

RAM

Actif  Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EC MADHOUS Med

Date de naissance :

04-07-77

Adresse :

65 Zouhour 183 (1) n° 4

al-Ja casa

Tél. : 06 68 60 39 88

Total des frais engagés : 330,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

16/07/2021

Nom et prénom du malade : EC MADHOUS Med Age:

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Jr. H. Ray

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 : casab

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-643879

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 : 10639  
 Nom de l'adhérent(e) : EC MADHOUS Med  
 Total des frais engagés : 330,00  
 Date de dépôt :

## **RELEVE 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
16/7/21	U	10.-	INF : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

## **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
	16/07/21	100%	100,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### VIOLET ADHERENT

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

## **RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**وَصْفَةُ**  
**ORDONNANCE**

درب غلف  
DERB GHALLEF

Le .. 16/07/2021

El Nodhus Mohamed

fx. Threx 38ex

+ 3/4 genclle

✓

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 20 05 22 86 30 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05  
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05



## Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

Casablanca le : 16/07/2021

Patient (e) : MADHOUS MOHAMED

### RX. POUMONS + GRILL COSTAL

Transparence parenchymateuse normale.

Absence de foyer parenchymateux de type évolutif notable.

Silhouette cardio médiastinale normale.

Culs de sac pleuraux libres.

Absence de lésions osseuses.

### CONCLUSION

Radiographie pulmonaire et thorax osseux ne révélant pas d'anomalies.

DR BENBRAHIM  
Dr Abdellah BENBRAHIM  
Médecin Radiologue  
SIDI BOUZID  
CASA BLANCA

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: 09Q001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1227816	N° SEJOUR : 210054744	<b>FACTURE N° 2105033271</b>				DATE D'ENTREE : 16/07/2021		DATE DE SORTIE : 16/07/2021		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		EL MADHOUS,Mohamed		
MALADE : EL MADHOUS,Mohamed		UF: 5002 URGENCES								
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		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE	Z	25.00	10.00	250.00					0.00	250.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .				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 : 16/07/2021 EDITEE LE : 16/07/2021 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 DRRISS 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 :	1227816	N° SEJOUR :	210054746	FACTURE N° 2105033272			DATE D'ENTREE : 16/07/2021		DATE DE SORTIE : 16/07/2021					
ASSURE :							DESTINATAIRE :							
MALADE : EL MADHOUS,Mohamed NOM JEUNE FILLE :				UF: 5002 URGENCES			EL MADHOUS,Mohamed							
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
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE GENERALISTE				C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00	

Intervenant : 02012018 DR TALEB SOPHIA GENERALISTE				TOTALS :		80.00						80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:		
				REMISE : 0.00		REGLE :				AVOIR:		
				RESTE DU: 80.00								
DATE FACTURE : 16/07/2021 EDITEE LE : 16/07/2021 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								

