

# **COMMANDATIONS 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.

## **Prothèse 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° P19-0048156

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

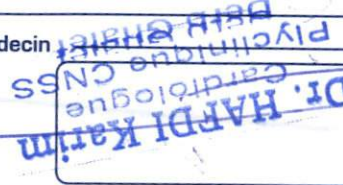
☐ **Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 6644 Société : 140998  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite  
 Nom & Prénom : BALAHNA BELKACEM  
 Date de naissance : 15/04/1957  
 Adresse : lot Sebilia 1 Rue 15 NR 8 Hay Hassani Casablanca  
 Tél. : 0614375885 Total des frais engagés : Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/03/2022  
 Nom et prénom du malade : ARAK FATIMA Age : 69  
 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
16/03/2022	Consultation	1	169,20	Dr. HAEDI KALIM Cardiologue Polyclinique CNSS DERR CHALET

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HAKIM Dr. ALAOUI BOUCHRA 100, Rue Angé 04700 Lot Sakellia Oulfa CASABLANCA 2022	16/03/2022	790,20
PHARMACIE DAWD Dr. KHALAD 100, Rue Angé 04700 Lot Sakellia Oulfa CASABLANCA 2022	22/03/22	172,80
PHARMACIE AL HAKIM Dr. ALAOUI BOUCHRA 100, Rue Angé 04700 Lot Sakellia Oulfa CASABLANCA 2022	22/03/22	123,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Abdelilah BENBRAHIM Médecin Radiologue Polyclinique CNSS DERR CHALET INPE 21076708	20-03-2022	ECHE	200-

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 b

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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table><tr><td colspan="2">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 colspan="2">B</td></tr></table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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





وصفة  
ORDONNANCE



Le 16/03/28

Amel Fehim

142,70x03

428,12

1) Coversyl 10 mg

30,70x03 1 p/j h 7-8

2) 92110/25degic 75 mg

44,00x06 1 p/j N.d

3) Celeno 6,25 mg

264,00 1 cp x 2/j

784,90

(15 - de 3 Mois)

Dr. HAFDI Karim  
Cardiologue  
Polyclinique CNSS  
Derb Ghalef

PHARMACIE AL HAKIM  
Dr. AL AOUF BOUCHER  
100, Rue Addamane, 101, Sakhia Oulfa,  
CASABLANCA - Tél: 0522 90 71 60



**COVERSYL®**  
Péridopril arginine  
30 Comprimés pelliculés **10 mg**



6 118000 100300  
**142,70**

**COVERSYL®**  
Péridopril arginine  
30 Comprimés pelliculés **10 mg**



6 118000 100300  
**142,70**

**COVERSYL®**  
Péridopril arginine  
30 Comprimés pelliculés **10 mg**



6 118000 100300  
**142,70**

LOT : 21E008  
PER.: 02 2023  
**KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30**

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 21E008  
PER.: 02 2023  
**KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30**

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 21E008  
PER.: 02 2023  
**KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30**

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT 218039

EXP 09/23

PPV 44DH00

**CELENOX® 6,25 mg  
30 comprimés**



6 118000 400059

LOT 218039

EXP 09/23

PPV 44DH00

**CELENOX® 6,25 mg  
30 comprimés**



6 118000 400059

LOT 218039

EXP 09/23

PPV 44DH00

**CELENOX® 6,25 mg  
30 comprimés**



6 118000 400059

LOT 218039

EXP 09/23

PPV 44DH00

**CELENOX® 6,25 mg  
30 comprimés**



6 118000 400059

LOT 218039

EXP 09/23

PPV 44DH00

**CELENOX® 6,25 mg  
30 comprimés**



6 118000 400059

LOT 218039

EXP 09/23

PPV 44DH00

**CELENOX® 6,25 mg  
30 comprimés**



6 118000 400059



وصفة  
ORDONNANCE



Le 22/3/2022

Arrak Fatima

123,60

Inexium 40 S.V

147 Jan

123,60

SYNTHEMEDIC  
23 rue du commerce al soukri n°105  
casablanca  
INEXIUM  
40 mg  
Boite 14  
841150WZ/ARC PPV:123,60DH  
6 118001 020607

Docteur H. Al-Hakim  
Professeur de Médecine Interne  
CNS Casablanca

PHARMACIE AL HAKIM  
Dr. ALAOUI SOUCHRA  
100, Rue Abdelhak El Ghazal, Sidi Oufia,  
CASABLANCA - Tél.: 0522 90 71 60



# ORDONNANCE

Fait le

20/03/22

Amik Pm

Carbonyl

7400 Wh

NGO ral

98,500 x 2

172,80

PHARMACIE D'AMIK  
Sofa - Casa - Tel: 022.90.14.24  
3 El Mlik 1

NEOFORTAN®

10 COMPRIMÉS EFFÉVÉSSENTS 160 mg



6 118000 031697

Laboratoire Sotherma  
CARBOSYLANE

Boîte de 96 gélules (48 doses)  
PPV 74.00 DH



6 118001 070893



ORDONNANCE

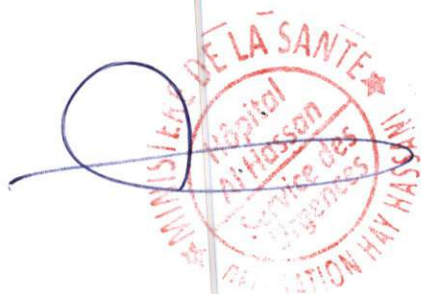
Fait le

20/03/22

+ Amek Fatima

Echographie

abdominale





POLYCLINIQUE ADDAMAN - 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 : 1282637	N° SEJOUR : 220024848	<b>FACTURE N° 2203009980</b>		DATE D'ENTREE : 20/03/2022		DATE DE SORTIE : 20/03/2022					
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : ARRAK,Fatima							
MALADE : ARRAK,Fatima											
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 ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 18102013 DR BENBRAHIM ABDELILAH (RADIOLOGUE)	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
DEUX CENTS DHS		REMISE :	0.00	REGLE :	200.00		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 20/03/2022	EDITEE LE : 20/03/2022	PAR: KARIM	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :				
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE ADDAMAN - Derb Ghallef				
		BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
		N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				





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

Casablanca le 20/03/2022

Patient (e) : Mme ARRAK FATIMA

### **ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

- Hernie de la ligne médiane réductible de 2 cm.
- Météorisme abdominal diffus
- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène
- Vésicule biliaire alithiasique
- Absence de dilatation des voies biliaires intra-hépatiques et des voies biliaires extra-hépatiques.
- Le tronc porte est de calibre normal et perméable.
- La rate et la tête du pancréas sont sans anomalies
- Les deux reins sont de petite taille dédifférencie et non obstructif s.
- Vessie semi pleine sans anomalies
- Absence d'épanchement intra-péritonéal

### **CONCLUSION :**

- Hernie de la ligne médiane réductible de 2 cm.
- Météorisme abdominal diffus et aérocolie.
- Reins de petite taille IRC.
- Le reste de l'exploration abdominale est sans particularités

Dr A. BENBRAHIM

Dr. Abdelilah BENBRAHIM  
Médecin Radiologue  
Polyclinique CNSS DERB GHALLEF  
INPE 21076703



Centre 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 : 1071338	N° SEJOUR : 220023685	<b>FACTURE N° 2202006260</b>		DATE D'ENTREE : 16/03/2022		DATE DE SORTIE : 16/03/2022					
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>ARRAK,Fatima</b>							
MALADE : ARRAK,Fatima											
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	
CONSULTATION DE MEDECIN.		CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG											

Intervenant : 20200611 DR HAFDI KARIM CARDIOLOGUE	TOTAUX :	250.00						250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :						ACOMPTE:
DEUX CENT CINQUANTE DHS		REMISE :		0.00	REGLE	250.00		AVOIR :
		RESTE DU :		0.00				
DATE FACTURE : 16/03/2022	EDITEE LE : 16/03/2022	PAR: LAGRIB	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA		N° DE POLICE		DATE AT :				
		Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE ADDAMAN - Derb Ghallef				
		BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
		N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				



