

## 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-723205

126086

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11248 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MARZOUKI Charifa

Date de naissance : 22-02-1975

Adresse : Habituelle

Tél. : 0643 14 6800 Total des frais engagés : 280,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 12/08/2022

Nom et prénom du malade : MARZOUKI

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

MARZOUKI Charifa

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 : CASABLANCA

Le : 15/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

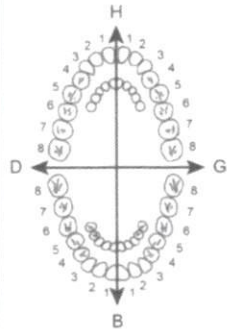
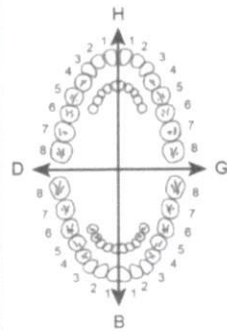
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
12/07/2022			8000	INP : 121071565

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
12/07/2022			2000

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

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"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 12/07/2022

Mme MARZOUKI, CHARIFA

ن/ سيمفون

أ- س- 300 ملل س- م

  
Dr. Intissar JARBOULI  
Médecin Généraliste  
Polyclinique  
CNSS Sidi Bernoussi

Amr Dr. MAHER.



الضمان الإجتماعي  
C.N.S.S



SERVICE DES URGENCES

BON DE RADIOLOGIE

NOM PRENOM :

M. MARZOUKI,  
CHARIFA.

DATE : 12/07/2022

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

EXAMEN(S) DEMANDÉ(S)

chambre  
pelvienne

Echographie  
pelvienne

Dr. Jussaf MARBOU  
Médecin Généraliste  
Polyclinique  
C.N.S.S Sidi Bernoussi

CACHET DU MEDECIN

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI  
HAY EL QODS  
20600 CASABLANCA  
Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72  
INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	601762	N° SEJOUR :	220027613	<b>FACTURE N° 2204010036</b>		DATE D'ENTREE : 12/07/2022		DATE DE SORTIE : 12/07/2022			
ASSURE :						DESTINATAIRE :					
MALADE : MARZOUKI,Charifa				UF: 5003 RADIOLOGIE		MARZOUKI,Charifa					
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	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant :	99945 DR. EL AMRAOUI FATIMA (RADIOLOGUE)	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
DEUX CENTS DHS			REMISE :		0.00	REGLE :		AVOIR :	
			RESTE DU:		200.00				
DATE FACTURE : 12/07/2022			EDITEE LE : 12/07/2022		PAR: MOUJAH		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA					N° DE POLICE :		DATE AT :		
			Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI				
			BANQUE :		BMCE - BERNOUSSI				
			N° compte bancaire :		011780000049210006006888				

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI  
HAY EL-QODS  
20600 C. ABLANCA  
Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72  
INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 601762		N° SEJOUR : 220027660		<b>FACTURE N° 2205006091</b>		DATE D'ENTREE : 12/07/2022		DATE DE SORTIE : 12/07/2022			
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>MARZOUKI, Charifa</b>							
MALADE : MARZOUKI, Charifa											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				UF: 5002 URGENCES							
REF. PC 1 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
				N° SE. SOC. ETRANG. :							
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						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
CONSULTATION DE GENERALISTE		C	1.00	80.00	80.00					0.00	

Intervenant : 10655 DR JARBOUI INTISSAR, GENERALISTE		TOTAUX :		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 : 12/07/2022		EDITEE LE : 12/07/2022		PAR: MOUJAH		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE :				
						DATE AT :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI				
						BANQUE : BMCE - BERNOUSSI				
						N° compte bancaire : 011780000049210006006888				



RADIOLOGUE : DR :  
MEDECIN DEMANDEUR :  
DR :

Nom : MARZOUKI  
Prénom : CHARIFA

DATE : 12/07/2022

EXAMEN ECHOGRAPHIQUE : **PELVIER**

### RESULTAT

- Utérus de taille normale, d'échostructure homogène , et de contours réguliers ,
- La ligne de vacuité est visible et d'épaisseur normale.
- Les ovaires sont de taille et echostructure normale.
- La vessie est de contenu liquidien et de paroi fine .
- Absence de masse pelvienne décelable.
- Absence d'épanchement dans le cul de sac de douglas.

### TOTAL

- Absence de masse pelvienne visible ./.

Dr. EL AMRAOUI FATIMA  
Medecin Radiologue  
Polyclinique CNSS  
Sidi Bernoussi

**SENTIMENTS CONFRATERNELS**

