

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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° W19-442111

135082

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9020 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KHALID ADIL
 Date de naissance : 22/06/1973
 Adresse :
 Tél. : 066 276 320 3 Total des frais engagés : 402,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr GUENOUNI BASSAME
Polyclinique CNSS Ziraoui
Service des urgences

Date de consultation : 12/10/2022
 Nom et prénom du malade : KHALID ADIL Demar Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Traumatisme de la main
 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 : 18/10/22

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
12/10/2012	Caisses des Urgences	1	120,00	Dr GUENNOUNI BASSAME Polyclinique CNSS Ziraoui Service des urgences

INP : 091267071

Dr GUENNOUNI BASSAME
Polyclinique CNSS Ziraoui
Service des urgences

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LE CREPUSCULE Rue 56 Lot Hassania II N° 1 CASABLANCA él./Fax : 05 22 90 00 47	12/10/2012	170,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAUI Service Radiologie	12/10/2012	12	170,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 bilan de l'ODF.

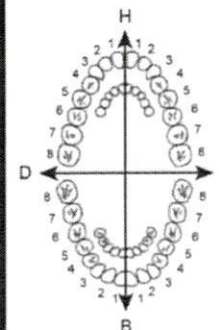
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :


COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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 17/10/22

Tél/Fax : 05 22 22 90 00 47
Rue 56 Lot Hassania II N° 13
CASABLANCA

PHARMACIE LE CREPUSCULE

Khalidi Smaoui

LOT: M0726
PER: 03/2024
PPV: 50,00DH

3700

S.V.

El Dubestan 2

DULASTAN® 500mg/2mg
Boite de 20 comprimés
دولاستان®

37,00

3000

S.V.

31- Jodes 20

LOT 211146
EXP 04/2024
PPV 30.00DH

117

Dr GUENNOUNI BASSAME
Polyclinique CNSS Ziraoui
Service des urgences



وصفة
ORDONNANCE



le 17/10/14

KHALIDI Ismail

Rd epaule < F
P

Dr GUENNOUNI BASSAME
Polyclinique CNSS Ziraoui
Service des urgences

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU
Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA
Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 752510	N° SEJOUR : 220033888	FACTURE N° 2205012957		DATE D'ENTREE : 17/10/2022		DATE DE SORTIE : 17/10/2022				
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : KHALIDI, Ismail						
MALADE : KHALIDI, Ismail										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :								
NATURE DE PRESTATION	LETRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES COTES EN C CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : M0200024 DR GUENNOUNI BASSAME	TOTAUX :	120.00					120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	120.00		AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 17/10/2022	EDITEE LE : 17/10/2022	PAR: SAGHIR	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :		
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU				
			BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA				
			N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54				

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU
 Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 752510	N° SEJOUR : 220033885	FACTURE N° 2203008859		DATE D'ENTREE : 17/10/2022		DATE DE SORTIE : 17/10/2022				
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : KHALIDI, Ismail						
MALADE : KHALIDI, Ismail										
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		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE Acte de Radiologie Médicale	Z	17.00	10.00	170.00					0.00	170.00

Intervenant : 51213 DR BENBRAHIM ABDELILAH RADIOLOGUE	TOTAUX :	170.00						170.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DIX DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
	REMISE :	0.00	REGLE :	170.00			AVOIR :	
	RESTE DU :	0.00						
DATE FACTURE : 17/10/2022	EDITEE LE : 17/10/2022	PAR : SAGHIR	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :					
			DATE AT :					
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU					
			BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA					
			N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54					