

# 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, en fonction de la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la 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 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 070682

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7830

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LYMANI KHALID

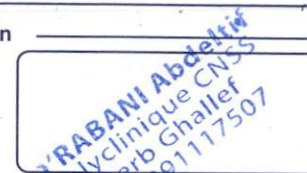
Date de naissance : 19-02-1961

Adresse : 32 Lotissement Florida

Tél. : 0661142914 Total des frais engagés : 4389,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/02/2023

Nom et prénom du malade : JANAH Zohra Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection chronique

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 : 21/2/2023

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

## 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

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
21/10/23		1	120,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

21/10/23 69,50  
**PHARMACIE LA TULIPE**  
 843 Avenue 1<sup>er</sup> Mar. Haddaoui 3  
 Tél: 0522 21 62 22

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

21/10/23 200,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

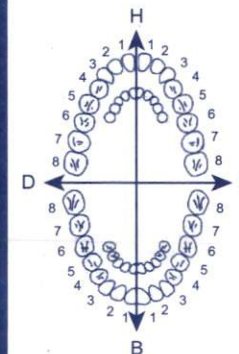
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
 25533412 21433552  
 00000000 00000000  
 D G  
 00000000 00000000  
 35533411 11433553  
 B

(Création, remont, adjonction)

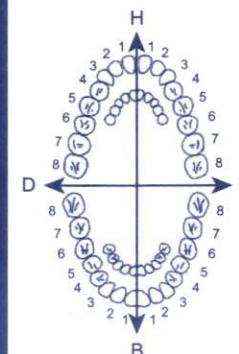
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 21/01/2023  
JANA# Zehrg

LOT: 216028  
PER: 11/2026  
FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V: 49DH00



6 118000 060062

49,80

197

69,50

~~Flagyl no~~ (n.1)

~~Apogee de 200~~ (n.1)

~~Apogee de 200~~

PHARMACIE LA TULPE  
843 Avenue / Man. Haddadouia 3  
Tél: 0522 21 62 22

PPV: 19DH70  
PER: 09/25  
LOT: L2902

APAZIDE®  
Nifuroxazide  
16 gélules

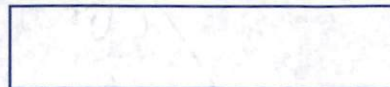


6 118000 040064

D'ARABIAN Abdelhak  
Polyclinique CNSS  
Derb Ghallef  
INP: 091117507

# BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical  
demandeur code



NOM DU MALADE

Jannah Zahra

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

21/01/2023

Renseignements clinique

Examen demande

Dominisme Is  
bilieux.  
résistant au AT.

Echographie  
Abdominale.

DRABANI Abdelhak  
Polyclinique CNSS  
Derb-Ghalef  
INF 0951114907

Cachet du médecin

Dr. Youssef BEN KADDA  
Médecin Généraliste  
Polyclinique CNSS  
Derb-Ghalef  
CNSS

POLYCLINIQUE CNSS - 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: 001757384000080 IF: 1602058



N° IPP : 1327299	N° SEJOUR : 230006768	<b>FACTURE N° 2305002212</b>		DATE D'ENTREE : 21/01/2023		DATE DE SORTIE : 21/01/2023				
ASSURE :				DESTINATAIRE : JANAH,Zahra						
MALADE : JANAH,Zahra		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 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 06112011 DR RABANI ABDEL TIF (GENERALISTE)	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 : 21/01/2023	EDITEE LE : 21/01/2023	PAR: SAAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :		
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef		
			BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA		
			N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31		





INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

DUPLICATA

Casablanca le : 21/01/2023

Patiente (e) : JANAHA ZAHRA

### ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Foie taille normale, échogène de façon homogène : stéatose (diabétique).

Vésicule biliaire ne présente pas d'anomalies pariétales ou endoluminales.

Absence de dilatation des voies biliaires.

Tronc porte perméable.

Rate et pancréas taille et échostructure normale.

Reins taille normale, contours réguliers, parenchyme bien différencié, cavités non dilatées.

Absence d'épanchement intra péritonéal.

### CONCLUSION

Stéatose hépatique modérée (diabétique).

Absence d'anomalies par ailleurs.

☐ I.R.M  
(1.5 Tesla)

☐ Scanner  
(Corps Entier)

☐ Radiologie  
Numérique

☐ Echo-Doppler  
(Couleur)

DR CHERKAOUI AICHA





N° IPP : 1327299	N° SEJOUR : 230006769	<b>FACTURE N° 2303002439</b>		DATE D'ENTREE : 21/01/2023		DATE DE SORTIE : 21/01/2023					
ASSURE :				DESTINATAIRE :							
MALADE : JANAHA,Zahra		UF: 5003 RADIOLOGIE		JANAHA,Zahra							
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											
ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00
Intervenant : 12092016 DR CHERKAOUI OMARI AICHA 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 : 21/01/2023		EDITEE LE : 21/01/2023		PAR: SAAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :					
						DATE AT :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef					
						BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
						N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					

