

## 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

M23-000377

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1360 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MOUSSAFIR Abdelhakim  
 Date de naissance : 1953  
 Adresse : Habituel  
 Tél. : 0670865561 Total des frais engagés : 756,7 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**DOCTEUR AZIZ AMINE**  
**TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE**  
**VACATAIRE**  
**POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU**

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 21/03/2023  
 Nom et prénom du malade : Moussafr Abdelhakim Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Traumatisme thoracique  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute 5 dom. à l.  
 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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

**DOCTEUR AZIZ AMINE**  
**TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE**  
**VACATAIRE**  
**POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU**


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
21/03/23	CS		150,00	<p><b>DOCTEUR AZIZ AMINE</b> TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE VAGATAIRE POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21.03.23	42670

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21-03-23	Rx	18000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

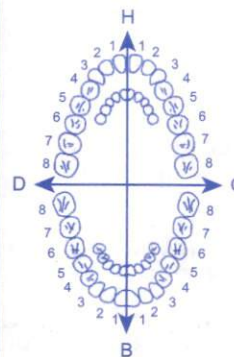
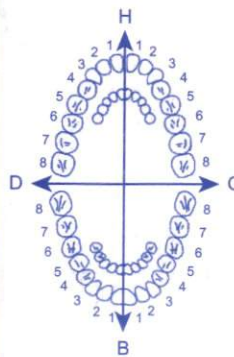
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
																	
<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input type="text"/> </div>																	
<div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input type="text"/> </div>																	
<div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input type="text"/> </div>																	
<div> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input type="text"/> </div>																	
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input type="text"/> </div>														
	<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>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		<div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input type="text"/> </div>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<div> <div>DATE DU DEVIS</div> <input type="text"/> </div>														
<div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input type="text"/> </div>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي  
+الكو+ +الكو+

CNSS  
Le devoir de vous protéger

PHARMACIE BLOC "C"  
Rue 2° N° 510 Bloc (C)  
QAI Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca

# وصفة ORDONNANCE

le 21/01/2023

Monsieur Abderrahim

22.20

1) Codolip 4

S.V.

198.00 sup 2 br

S.V.

2) Xloceptol cr

34 42.20

81 Ca-Lip D3 sup 2 br

S.V.

79.90

4) Taplast spray

S.V.

sup 2 br

DOCTEUR AZIZ AMINE  
TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE  
VACATAIRE  
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU

426.70

PPC: 79,90 DH

42,20

42,20

REV: 22DH20  
PER: 01/25  
LOT: M151

42,20

LOT

PVC: 198.00DH

~~C184~~  
~~2025-01~~



CNK 3259-850



REV: 2021/01/C



وصفة  
ORDONNANCE

le 21/08/2023

Moussafer Akterrahim

Guil wta

Polyclinique CNSS Ziraoui  
Caisse des Urgences

DOCTEUR AZIZ AMINE  
TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE  
VACATAIRE  
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAUI



مصحة الضمان  
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

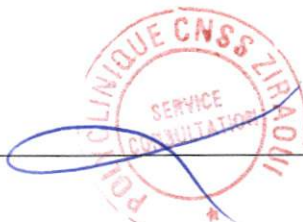
ZIRAUI

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 : 765971	N° SEJOUR : 230012147	<b>FACTURE N° 2302004157</b>		DATE D'ENTREE : 21/03/2023		DATE DE SORTIE : 21/03/2023					
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>MOUSSAFIR, Abderrahim</b>							
MALADE : MOUSSAFIR, Abderrahim		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI									
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 COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 52018 DR AZIZ AMINE ORTHOPEDISTE TRAUMATO	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 21/03/2023		EDITEE LE : 21/03/2023		PAR: R9035		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		



## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur  
Echographie Cardiaque - Scanner Multibarettes

### COMPTE RENDU

Casablanca, le 21/03/2023

**NOM** : Mr MOUSSAFIR Abderrahim.

**MEDECIN DEMANDEUR** : Dr.

**EXAMEN** : Radiographie du grill costal (F).

- Fracture probable de l'arc moyen de la 10<sup>ème</sup> côte gauche.

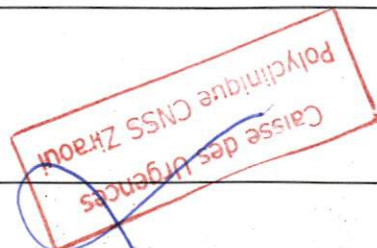
**Dr N. EL GHISSASSI**





N° IPP : 765971		N° SEJOUR : 230012170		<b>FACTURE N° 2303003738</b>		DATE D'ENTREE : 21/03/2023		DATE DE SORTIE : 21/03/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>MOUSSAFIR, Abderrahim</b>							
MALADE : MOUSSAFIR, Abderrahim											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>											
Acte de Radiologie Médicale		Z	18.00	10.00	180.00					0.00 180.00	

Intervenant : 10494 DR EL GHISSASSI NEZHA RADIOLOGIE		TOTAUX :		180.00						180.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT QUATRE-VINGT DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	180.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 21/03/2023				EDITEE LE : 21/03/2023		PAR: R8658		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		





Abderrahim Maouf

N° 1360

Je soussigné, Mr Maouf Abderrahim.

que j'ai eu une Fracture suite à un chute chez  
moi à la salle de bain à cause d'une glissade  
sur sol.

