

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

M22- 0059408

193659

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03272

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHILI AZZEDDINE

Date de naissance : 12-05-1952

Adresse : 12, Rue MOHAMMED ELINE CASABLANCA

Tél. : 0623086392

Total des frais engagés : 406,93

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/1/24

Nom et prénom du malade : LAHILI AZZEDDINE

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : 22/01/2024

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
27/11/2024	R.T		278,93	ZGUENI Abderrahmane Service des Urgences Hôpital L.M.S. Derb Ghallef

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Poussiériste

Date

Montant de la Facture

27/11/2024

120,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# 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

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



الضمان الإجتماعي  
+toI O 8+ +toI O 8+

CNSS  
Le devoir de vous protéger

# وصفة ORDONNANCE



درب غلف

DERB GHALLEF

le 27/11/24

Dr. LAHARI AZEDINE

88,00

Carte



1cpr/j, h 7h - x 7j -

40,00

Effipred 2



128,00

PHARMACIE DE LA SECURITE  
Nada EL KHANNA BENCHEKROUN  
130, Bd My Driss 1er  
Tél: 0522 86 22 45 - Casablanca

3cpr/j, h 7h - x 3j -



ACCUEIL  
Dr. ZGUENDI Abderrahmane  
Service des Urgences  
Polyclinique D.N.S.S. Derb Ghallef



## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

CHOUA' REDDINE

1) Date de la constatation de l'état de malade :

27/11/23

2) Renseignements cliniques sommaires :

Allergie

3) Traitement envisagé et actes :

Don d'apfen KS


2) Durée prévisible du traitement :

A

LE

Signature

N° IPP : 1451733		N° SEJOUR : 240010547		FACTURE N° 2405003000		DATE D'ENTREE : 27/01/2024		DATE DE SORTIE : 27/01/2024			
ASSURE :				DESTINATAIRE : LAHLALI,Azzeddine							
MALADE : LAHLALI,Azzeddine											
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		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
AUTRES ACTES COTES EN K											
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE		K	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					42.00					0.00	42.00
FOURNITURES MEDICALES					4.43					0.00	4.43

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)		TOTAUX :		278.93						278.93	
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT SOIXANTE DIX-HUIT DHS ET QUATRE-VINGT TREIZE CENTIMES				PLAFOND PG :					ACOMPTE :		
				REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU :		278.93					
DATE FACTURE : 27/01/2024				EDITEE LE : 27/01/2024		PAR: SAAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :					
				Réglement 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					