

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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

194126

**Déclaration de Maladie**

M23- N° 0033380

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1234 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : - ENFANT -  
 Nom & Prénom : SAFRI Abdelkader  
 Date de naissance : 01/01/1952  
 Adresse : BLOC 10 - N° 07 - HAY SAADA - HAY HASSANI CASABLANCA  
 Tél : 0674315818 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 31/12/23  
 Nom et prénom du malade : SAFRI Elham Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Réaction allergique  
 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 : 28/02/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
31/12/23		410	372,22	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/12/23	160,80

# 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				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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[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

وصفة  
**ORDONNANCE**

le 31/12/23

Safri Elham

1/ Predni 40,00  
30j

2/ - Alora 78,60  
0 - 0 -

3/ - Ventolin 42,20  
15j x 23

Ti 160,80

LOT N°:

UT. AV:


PPV (DH):

40,00

LOT: M1073  
PER: 06/2025  
PPV: 78,60DH

Lot  
EXP  
PPV

X H 8 M  
04 2025  
42,20 D

  
PHARMACIE ROCHDI  
Résidence Al Firdaus  
GH 4 km A17 N° 3, Oufia  
Casablanca - Tél: 0522 89 32 86



مصلحة الضمان  
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

ZIRAOU



## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

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

31/12/23

2) Renseignements cliniques sommaires :

Réact  
allergique

3) Traitement envisagé et actes :

Solusol  
Nebulisation  
Adrenaline

2) Durée prévisible du traitement :

A ..... LE

Signature

Pli à joindre à la D.E.P

---

Ce pli ne doit être ouvert  
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur :

---





N° IPP : 787932		N° SEJOUR : 230052977		<b>FACTURE N° 2305016892</b>		DATE D'ENTREE : 31/12/2023		DATE DE SORTIE : 31/12/2023			
ASSURE :				<b>DESTINATAIRE :</b> <b>SAFRI,Ilham</b>							
MALADE : SAFRI,Ilham											
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		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
<b>AUTRES ACTES COTES EN K</b>											
OXYGENOTHERAPIE PAR DEMIE HEURE		FURG15	1.00	100.00	100.00					0.00	100.00
Acte de Spécialité Médicale		K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>					28.62					0.00	28.62
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>					23.60					0.00	23.60

Intervenant : M0200024 DR GUENNOUNI BASSAME		TOTAUX :		377.22					377.22
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT SOIXANTE DIX-SEPT DHS ET VINGT DEUX CENTIMES				PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	377.22	AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00				
DATE FACTURE : 31/12/2023		EDITEE LE : 31/12/2023		PAR: R8280		<b>ACCIDENT DE TRAVAIL :</b>			
VISA						N° DE POLICE :			
						DATE AT :			
						Réglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI			
						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 Ziraoui  
Caisse des Urgences