

## 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

N° W19-436895

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01213 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MOUSSAFIR Mohamed  
 Date de naissance : 15-06-1949  
 Adresse : 50, Lotissement El mangah mohammedia  
 Tél. : 0662 875416 Total des frais engagés : 699,06 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Berrada GOUZI  
Med. Anline  
SERVICE DES URGENCES  
Polyclinique la CNS - Mohammédia

Date de consultation : 17/08/2019  
 Nom et prénom du malade : Moussafir Mohamed  
 Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Vertige, Vomissement, Asthénie  
 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 : Mohammédia Le : 17/08/2019

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-436895

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01213  
 Nom de l'adhérent(e) : MOUSSAFIR  
 Total des frais engagés : 699,06  
 Date de dépôt :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nb. et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17/08/19	TECO		213,06	INP : 089994170 Dr. Berrada GOUZI Med. Amine SERVICE DES URGENCES Polyclinique la SOUS - Mohammeda

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Sté ALLO SECOURS SARE M. 80 Abdokrim EL Khattabi El Aila - Mohammeda SM: 0601 32 32 86	17/08/2019					4.56 D.H

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : <input type="text"/>										
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										

Gsm 1 : +212 661 237 812  
Gsm 1 : +212 601 323 286  
E-mail : allo.secours1@gmail.com  
640 Bd Abdelkrim elkhatabi  
Mohammedia



## facture

Numéro	Date	Client	Mode de règlement
Facture N° 09-19	Mohammedia le : 18-08-2019	Moussafir Mohamed	espèce

DATE	DISTINATION	P.U/HT	P. Total /HT
17-08-2019	Transport ambulance aller a 03H et retour a 05H	400,00	400,00

Total Hors Taxes	400,00
TVA 14%	56,00
MONTANT TTC	456,00

Sté ALLO SECOURS  
SARL  
640, Bd Abdelkrim EL Khattabi  
El Aïla - Mohammedia  
GSM: 0601 32 32 86

ALLO Secours S.A.R.L - AU

R.C : 22365 - Patente : 39576541 - C.N.S.S : 1381397 - I.F : 26138604 - I.C.E : 002133022000022



POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA  
INARA | 20650 MOHAMMEDIA  
Téléphone: 0523-32-47-59/60 Fax: 0523-32-47-61  
INPE: 090001470 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 249805	N° SEJOUR : 190019464	<b>FACTURE N° 1905007907</b>		DATE D'ENTREE : 17/08/2019		DATE DE SORTIE : 17/08/2019				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : MOUSSAFIR, Mohamed		UF: 5002 URGENCES		MOUSSAFIR, Mohamed						
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
<b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b>										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>										
ELECTROCARDIOGRAMME	ECG	1.00	100.00	100.00					0.00	100.00
<b>ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX</b>										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>										
				5.39					0.00	5.39
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>										
				10.17					0.00	10.17



Total à reporter				243.06		0.00		0.00		243.06
------------------	--	--	--	--------	--	------	--	------	--	--------

N° IPP : 249805		N° SEJOUR : 190019464		FACTURE N° 1905007907		DATE D'ENTREE: 17/08/2019		DATE DE SORTIE: 17/08/2019	
UF de présence: 5002 URGENCES									

  

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				243.06		0.00		0.00		243.06

  

Intervenant : V109 DR BERRADA GOUZI MOHAMMED AMINE				TOTAUX :		243.06					243.06		
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT QUARANTE TROIS DHS ET SIX CENTIMES						PLAFOND PC :				ACOMPTE:			
						REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :	
						RESTE DU:		243.06					
DATE FACTURE : 17/08/2019				EDITEE LE : 17/08/2019		PAR: OUAJDI		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :			DATE AT :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de :			POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA				
						BANQUE :			BMCE-CENTRE D'AFFAIRES-MOHAMMEDIA				
						N° compte bancaire :			011.787.0000152100060443.40				

