

# 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.

## Diagnostique 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.

## Éducation :

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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie : N° P19- 0016469

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3155 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BACHA Mohammed Date de naissance : 13/12/1955  
Adresse : 267, Bd de la grande Ceinture H19 CABA  
Tél : 061 3744690 Total des frais engagés : 150+200 = 350 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Date de consultation : 13/09/2019  
Nom et prénom du malade : NACHA AGGUEIL Age : 1978  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Pathologie 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 : Mohammed AGGUEIL Le : 16/09/2019  
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
13.09.19	C2	01	150,00	

## 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
	16.09.19	GCH. ABD	200,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

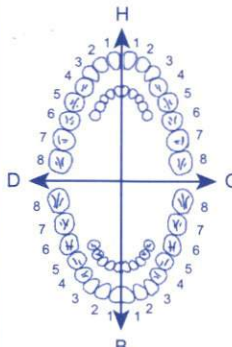
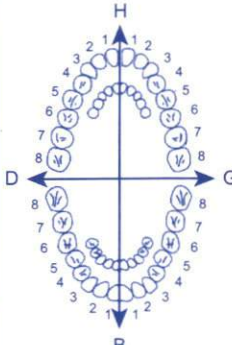
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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'

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																	
	<table><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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 13/09/2019

NACHTI Ghizlane

Patiente opérée en 2014  
pour hernie ombilicale (cure avec  
plaque).

Actuellement douleur latérombilicale  
forte et du flanc droit.

Faire une échographie abdominale

Dr EL KHOUTI Nadia  
Radiologue

**Dr. SKALLI El Houssine**  
Spécialiste en Chirurgie Générale  
175, Angle Rue Boukaraa - Bd My Youssef  
Casablanca - Tél. 05.22.22.58.62



POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA  
INARA I 20650 MOHAMMEDIA  
Téléphone: 0523-32-47-59/60/62 Fax: 0523-32-47-61  
INPE: 090001470 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 80298	N° SEJOUR : 190021759	<b>FACTURE N° 1902011077</b>		DATE D'ENTREE : 13/09/2019		DATE DE SORTIE : 13/09/2019				
ASSURE : BACHA MOHAMMED		<b>UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI</b> N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>BACHA MOHAMMED</b>						
MALADE : NACHIT, Ghizlane Ep Bacha										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 : TIERS PAYANT 2 : REF. PC 1 : REF. PC 2 :										
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	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : V045 DR SKALLI EL HOUCINE	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	0.00
		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU:	150.00					
DATE FACTURE : 13/09/2019	EDITEE LE : 13/09/2019	PAR: NADIAC	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
		Réglement 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				

POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA  
INARA I 20650 MOHAMMEDIA  
Téléphone: 0523-32-47-59/60/62 Fax: 0523-32-47-61  
INPE: 090001470 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



090001470

N° IPP : 80298 N° SEJOUR : 190021912

FACTURE N° 1903004822

DATE D'ENTREE : 16/09/2019 DATE DE SORTIE : 16/09/2019

ASSURE : BACHA MOHAMMED

MALADE : NACHIT, Ghizlane Ep Bacha  
NOM JEUNE FILLE :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S :

DESTINATAIRE :

BACHA MOHAMMED

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 : V043 DR EL RHOUTI ELALAMY NADIA

TOTAUX :

200.00

200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DHS

Dr EL RHOUTI Nadia  
Radiologue

PLAFOND PC :

0.00

REMISE :

0.00

REGLE :

200.00

AVOIR :

RESTE DU :

0.00

DATE FACTURE : 16/09/2019

EDITEE LE : 16/09/2019

PAR: ABDELG

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

## SERVICE D'IMAGERIE MEDICAL

### RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE- ECHOGRAPHIE DOPPLER

#### MAMMOGRAPHIE

Le 16-9-2019

NOM DU PATIENT :

Mme NACHIT GHIZLANE  
EP. Bachar

#### ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

- Le foie présente des dimensions normales, des contours réguliers et une échostructure homogène et normale.
- La vésicule biliaire est alithiasique, avec une paroi fine.
- Les voies biliaires intra et extra hépatiques ne sont pas dilatées.
- Le pancréas et la région coelio-mésentérique sont d'aspect échographique normal.
- La rate est de taille normale et d'échostructure homogène.
- Les reins sont de topographie, de dimension et contours normaux avec une bonne différenciation cortico-médullaire sans dilatation des cavités pyélo-calicielles.
- Absence d'épanchement intra-péritonéal.

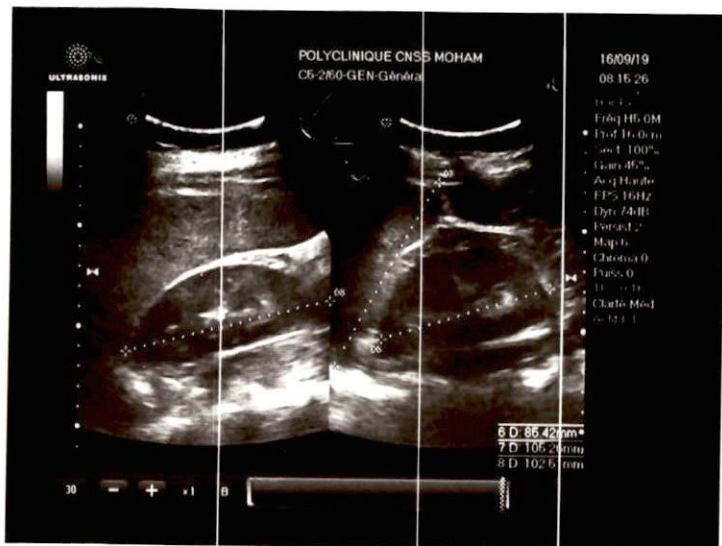
N.B. • Vessie, uterus et annexes sans anomalie.

#### CONCLUSION :

- Echographie abdominale normale.

- d'exploration Abdominale parietale de la région para-ombilicale droite et du flanc droit ne révèle pas d'anomalie, notamment une récidive herniaire.

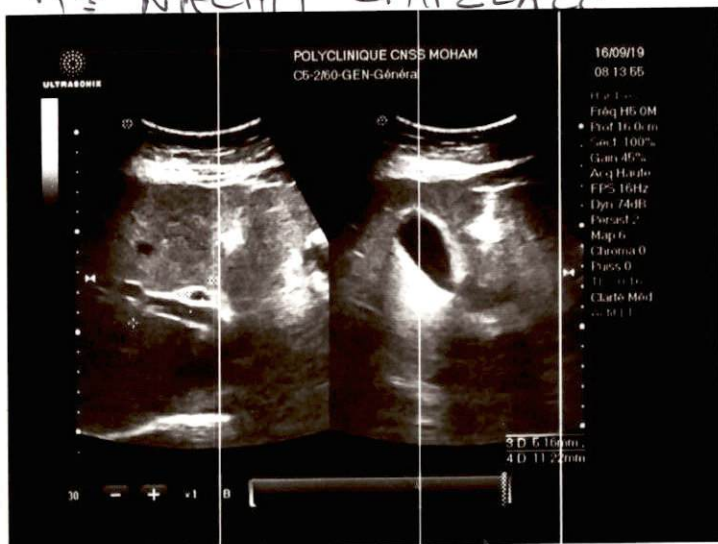




Foré Rev D

Aata - RG

Mme NACHIT GHIZLALÉ



Foré VAB  
TA

VAB