

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Accident :

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
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-0034644

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ MUPRAS ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2A36 Société : MUPRAS RECEPTION 9

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MME EL BOUSSE MAULICA

Date de naissance :

Adresse : Pole URBAIN ZONE ECONOMIQUE NR EB 145

MOUSSEUR

Tél. : 06 06 26 5158 Total des frais engagés : 388,50 + 6000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/09/2019

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 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
14-09-19	voir la facture	4	6000,00	Dr. MOSTAFA TACHFINE SERVICE DES URGENCES POLYCLINIQUE ONSS - INARA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/09/19	208,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14-09-19		

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 canaux, ainsi que le bilan de

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

	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

Casablanca, le 14/09/19

Dr MEHDI BENAINI

133,00

1) Arcoxia 90 mg

22,20 12/16 (S.V)

2) Contiprane (S.V)

53,10 12/16

3) Relaxol 500mg (S.V)

12/16 le soir au

208,30 coucher. 03 semaines



LOT: 8MA111
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V: 53,10 DH 55,10
6 118000 060833

Dr. A. BELMOUBARIK
Traumato-Orthopédie

927736

Bonjour,

En ce jour du Samedi 14 septembre 2019, je me trouvais à mon domicile, je me suis baigné au niveau de mes escaliers ce qui a provoqué une luxation de mon épaule droite. A la suite de cet accident, je me suis rendue

immédiatement à la clinique CNSS. J'ai effectué une radiographie de l'épaule droite, cependant je n'ai pas pu rencontrer le médecin. Je suis donc partie à la clinique Ibn Sina située à Casablanca.

J'ai été prise en charge par le médecin à 19h00.

Nehdi Benmouni.



CLINIQUE AVICENNE

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 1908213

NOM DU PATIENT M. BENAINI Mehdi

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

NUMERO PRISE EN CHARGE

DATE D'ENTREE 2019-09-14 18:51:17

DATE DE SORTIE 2019-09-16 13:44:17

AVICENNE

CLINIQUE
DES SPÉCIALITÉS

إبن سينا
مصلحة الاختصاصات
AVICENNE
CLINIQUE
DES SPÉCIALITÉS
FACTURATION 2
Angle Boulevard Nador et Atlantide POLO Casablanca
Tél : 05 22 79 33 00 - Fax : 05 22 21 32 95
E-mail : avicenne-clinic@gmail.com

Centre Pénale
opérateur

M^{rs} MEHDI BENALI

Diagnostique = luxation de
l'épaule

CRD

- En BD, avec XG, sur TO,
- Réduction de la luxation
- antio externe pour caracodienne
- par manœuvre externe
- Réduction stable, testing
- après fixation
- Contusion externe par action
- de l'épaule

PATIENT : M. BENAINI Mehdi
SEJOUR : Du 14/09/2019 au 14/09/2019

FACTURE : 201900840
DU : 14/09/2019

CLINIQUE

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
FORFAIT5	1	6 000,00	6 000,00
TOTAL CLINIQUE			6 000,00

AUTRES PRESTATIONS

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

Arretée la presente facture à la somme de SIX MILLE DIRHAMS

L'article 6 de la loi de finances (L.F.) n° 100-14 pour l'année budgétaire 2015, promulguée par le dahir n°1.14.195 du 1er rabii I 1436 (24 décembre 2014) relative aux droits de timbres

	PATIENT
TOTAL TTC	6 000,00

AVICENNE

CLINIQUE
DES SPÉCIALITÉS

إبن سينا
مصلحة الاختصاصات

AVICENNE CLINIQUE
Hôpital d'Atlantide 2
Casablanca Polo Cas.
Tél : 05 22 21 32 9
Email : avicenne.clinic@gmail.com



N° IPP : 818245		N° SEJOUR : 190040602		FACTURE N° 1903013951		DATE D'ENTREE : 14/09/2019		DATE DE SORTIE : 14/09/2019			
ASSURE :				UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : BENAINI,Mehdi					
MALADE : BENAINI,Mehdi											
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	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	17.00	10.00	170.00					0.00 170.00	
Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO DE RADIOLOGUES (RADIOLOGIE)					TOTAUX :	170.00					170.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DIX DHS					PLAFOND PC :				ACOMPTE:		
					REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :		
					RESTE DU:	170.00					
DATE FACTURE : 14/09/2019					EDITEE LE : 14/09/2019		PAR: MACHHO		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA					N° DE POLICE :		DATE AT :				
					Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA				
					BANQUE :		BMCE - INARA				
					N° compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91				



الضمان الاجتماعي

+o|E|O|+ +o|o|E|o|+

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة
ORDONNANCE

مصحة
POLYCLINIQUE



الإدارة II
INARA II

le 14/09/19
BEN AINI Pho.

Dr. Lepale TF

Dr. MOSTAFA TACHFINE
SERVICE DES URGENCES
POLYCLINIQUE CNSS - INARA

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA

Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06

RDV : 0522-50-45-13

INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	818245	N° SEJOUR :	190040603	FACTURE N° 1905012476		DATE D'ENTREE : 14/09/2019		DATE DE SORTIE : 14/09/2019			
ASSURE :				DESTINATAIRE : BENAINI,Mehdi							
MALADE : BENAINI,Mehdi											
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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 46167 DR TACHFINE MOSTAFA	TOTAUX :	120.00					120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS		PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
		RESTE DU:	120.00				
DATE FACTURE : 14/09/2019	EDITEE LE : 14/09/2019	PAR: MACHHO	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :		
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA			
		BANQUE :		BMCE - INARA			
		N° compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91			