

# 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 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

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- 0057432

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5392 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 20396A

Nom & Prénom : A. B. J. J. J.

Date de naissance : 1964

Adresse :

Tél. : 0666 294 094 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : A. B. J. J. J.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



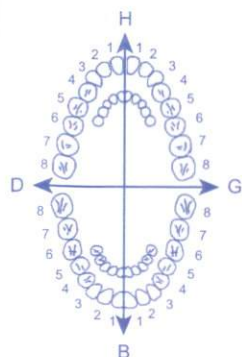
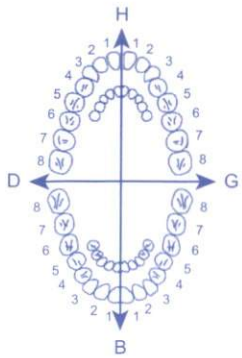
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DEBUT D'EXECUTION   FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>   <input style="width: 100%;" type="text"/>   <input style="width: 100%;" type="text"/>   <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> H  25533412  00000000  D </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> H  21433552  00000000  B </div> <div style="width: 45%;"> G  00000000  35533411  11433553 </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DATE DU DEVIS   DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>   <input style="width: 100%;" type="text"/>   <input style="width: 100%;" type="text"/>   <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# I) Partie Réservee Aux Actes Médicaux

## إطار خاص بالخدمات الطبية

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomencl	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص و التحليلات الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع و خاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
04/03/2024		C			
		3			

# II) Examens et Analyses Prescrits

## الفحوص و التحليلات

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	نوعية الفحص أو التحليل Nature de l'examen ou de l'analyse	الأعمال الطبية المعامل حسب القائمة Coefficient suivant nomenclature	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع الطبيب و خاتم المؤسسة Signature du médecin et cachet de l'établissement
04/03/24	P450x2		1000	

# III) Partie Réservee Aux Actes Courants

## إطار خاص بالأعمال الطبية العادية

التاريخ Date	الأعمال المزاولة actes pratiqués	العدد Nombre	الثمن Prix Unitaire	إجمالي الثمن Prix total	الدواء المستعمل Médicament utilisé	خاتم وتوقيع القائم بالأعمال Cachet et Signature du praticien

- Chaque agent est, responsable vis à vis de la C.M.S.S. des membres de sa famille.
- Ne peuvent bénéficier des prestations de la C.M.S.S. que :
  - La femme légitime, les enfants ayant moins de 21 ans et ouvrant droit aux allocations familiales.
- L'agent est tenu d'informer la C.M.S.S. des modifications portées sur la situation familiale.
- La présentation de la carte Mutuelle est obligatoire.
- Conformément à l'article 39 du statut, toute infraction (Fraude, Abus ou falsification etc...) au règlement intérieur de la caisse expose son auteur à des poursuites.

Pièces à joindre obligatoirement au présent bulletin :

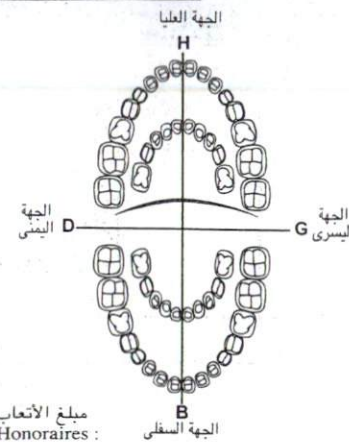
- Cas d'hospitalisation :
  - La facture détaillée et acquittée
  - La note confidentielle du Médecin traitant
  - L'ordonnance des analyses et radios.
- Cas de consultation :
  - Ordonnance médicale achetée par la pharmacie et accompagnée des prospectus et vignettes.
- La prise en charge est obligatoire en cas d'hospitalisation, prothèse dentaire, optique et soins spéciaux.
- Le dossier complet doit être remis à la C.M.S.S. dans un délai d'un mois.

# IV)

## إطار خاص بعلاجات الأسنان وتركيب الأجهزة الاصطناعية Partie Réservee Aux Soins et Prothèses Dentaires

### 1) Devis Dentaire

### تسعيرة الأسنان



الجهة العليا H	الجهة السفلى B
2 5 5 3 3 4 1 2	2 1 4 3 3 5 5 2
0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0
0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0
3 5 5 3 3 4 1 1	1 1 4 3 3 5 5 3

المعامل  
Coefficient masticatoire

العلاجات أو الأجهزة الاصطناعية المقترحة  
Soins et prothèses préconisés

التاريخ : .....

خاتم و توقيع القائم بالأعمال  
Cachet et Signature du Praticien

### 2) Avis Contrôle Dentaire

### رأي المكلف بمراقبة الأسنان

رقم الكفالة : ..... P. en charge n° ..... التاريخ : .....  
 الأعمال : .....  
 المعامل : .....  
 تعويض التعاضدية : .....  
 الباقي على حساب المشارك : .....

توقيع المشارك  
Signature du Mutualiste

خاتم وتوقيع التعاضدية  
Cachet et Signature CMSS

### 3) Facture du Praticien

### فاتورة القائم بالأعمال

التاريخ : .....  
 الأعمال : .....  
 المعامل : .....  
 الثمن : .....

خاتم و توقيع القائم بالأعمال الذي يشهد على صحة تاريخ إجراء العلاجات  
Cachet et Signature du Praticien attestant la date de l'exécution des soins

N.B Tout acte effectué doit être mentionné sur schéma ci-dessus كل عمل أجري يجب الإشارة إليه في الرسم أعلاه



V) **Partie Réservee Aux Lunettes** إطار خاص بالنظارات

1) Devis optique

تسعيرة النظارات

Date : ..... : التاريخ Docteur : ..... الطبيب

Verres	وصفة Prescription	رقم قائمة الأعمال N° Nomenclature	نوع الزجاج Nature verres	التمن Prix	الزجاج
V. Loin: O.D.					البعد : ع يم
O.G.					ع يس
V. Près : O.D.					القرب : ع يم
O.G.					ع يس
D.F. O.D.					المزدوج : ع يم
O.G.					ع يس
Monture					الإطار :
TOTAL					المجموع :

الخاتم والتوقيع  
Cachet & Signature

2) Avis Contrôle Optique

رأى المكلف بالمراقبة

Date : ..... : رقم الكفالة : ..... : P. en charge n° : ..... : التاريخ

Verres :	تعويض التعاضدية Remb. C.M.S.S.	الباقى Reste à charge	الزجاج
V. Loin			البعد
V. Près			القرب
D.F.			المزدوج
Monture			الإطار :
TOTAL			المجموع

موافقة التعاضدية  
Accord C.M.S.S

توقيع المشترك  
Signature du Mutualiste

3) Facture de l'Opticien

فاتورة النظارات

Date : ..... : التاريخ

Fournitures :	Verres	الزجاج	المواد
	Monture	الإطار	
TOTAL			المجموع

الخاتم والتوقيع  
Cachet & Signature

ص.ت.ض.إ.  
للكالات



C.M.S.S.  
REGIES

الصندوق التعاضدي للضمان الاجتماعي للوكالات م.ت.

CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE

DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION

3, زقة بوشعيب فراد - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.30.41.17 - ص.ب.88 - الدار البيضاء

3, Rue Bouchaïb Ferrad - CASABLANCA - B.P.88 - Téléphone : 05.22.30.41.17

ورقة العلاجات FEUILLE DE SOINS

التعاضدي والمستفيد  
MUTUALISTE & BENEFICIAIRE

NOM ET PRENOM Kouine Abdelkrim الإسم الكامل

MATRICULE & SERVICE 161619 الرقم والمصلحة

REGIE ou CENTRE CMSS REGIES الوكالة أو المركز

NOM ET PRENOM Moi-même الإسم الكامل

DATE DE NAISSANCE تاريخ الميلاد

DEGRE DE PARENTE درجة القرابة

توقيع التعاضدي  
Signature du Mutualiste

En Cas d'accident في حالة حادثة

S'agit-il d'un accident occasionné par tiers : ..... هل الحادثة تسبب فيها الغير  
أشهد بشرفي على صحة المعلومات المبينة بهذا المطبوع  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés

الطبيب المعالج  
PRATICIEN

NATURE MALADIE التشخيص Date 4/3/21 التاريخ

الخاتم والتوقيع  
Cachet & Signature

التعاضدية  
C.M.S.S.

ملاحظات  
OBSERVATIONS

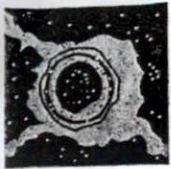
Ds. N° :

خاتم و توقيع التعاضدية  
Cachet & Signature CMSS

RMQS.

• BIEN REMPLIR CETTE PREMIERE PAGE POUR EVITER TOUT REJET DE VOTRE DOSSIER.  
• EXTRAIT : STATUT ET REGLEMENT INTERIEUR VOIR PAGE 2





# LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr F. SEKKAT Dr A. LAKHMIRI Ep BRITEL

## FACTURE

**FACTURE :** 51457

CASABLANCA LE : 02/04/2024

Analyses effectuées le: 04/03/2024

Pour.....: **Mr. KOUIDER ABDELKRIM**

Sur prescription du: Dr ELMRINI.M

Code.....: 34XA4632



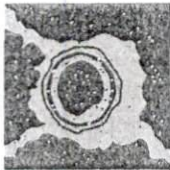
Organisme.....:

**Montant Net :** 1000.00 **Dhs**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLES Dhs 00 Cts

LABORATOIRE DE CYTOLOGIQUES  
IBN KHALDOUN  
104 bis, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila  
Dr. F. SEKKAT  
A. BRITEL



## LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. F. SEKKAT. Dr. A. LAKHMIRI Ep BRITEL  
ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES

Nom : KOUIDER ABDELKRIM

Docteur : ELMRINI.M

Age : 69A ans

Date de réception : 04/03/2024

Organisme :

Code Patient : 34XA4632

Organe : Prostate.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Adénome de prostate.  
Résection vaporisation de prostate.

Le matériel examiné est de 10 g et correspond à l'examen histologique à des copeaux de parenchyme prostatique où la composante glandulaire est grossièrement nodulaire parfois, constituée de glandes de taille variable, petites à moyennes, à pourtours arrondis ou peu contournés et bordées d'un revêtement cylindrique régulier, clair soulevé ici et là en espèces de papilles intra-luminaires. Ces glandes sont parfois de petite taille, à revêtement cubique basophile. Ces glandes sont centrées d'un matériel éosinophile, évoluant au sein d'un tissu interstitiel fibreux, pénétré d'éléments mononucléés denses en foyers, avec une composante musculaire lisse également hyperplasique et répartie de façon harmonieuse.

CONCLUSION :  
- Hyperplasie adénoleiomyomateuse commune.  
- Absence de spécificité ou de malignité sur ces prélèvements.

Signé : Dr. F. SEKKAT