

## 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

- Reclamation : [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)

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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 049228

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1041 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NADRY AICHA

Date de naissance : 1959

Adresse : DULFA, CASA.

Tél. : 0661 088589 Total des frais engagés : 180 Dhs - 391,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 OCT. 2022

Nom et prénom du malade : M. NADRY AICHA Age :

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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) :



### 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19.10.2020      |                   |                       | 11005H                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 19/10/2020 | 391,60 DH             |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

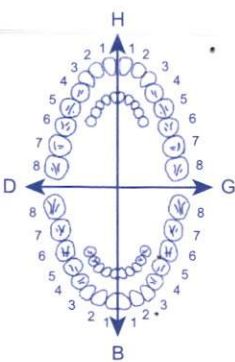
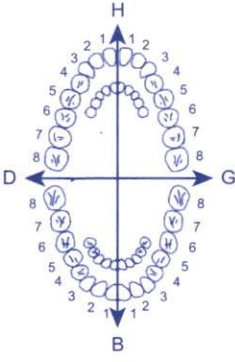
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

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"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |
|   |   |                  |             |   |  |
|   |   |                  |             |   |  |
|   |   |                  |             |   |  |
|   |   |                  |             |   |  |
|   |   |                  |             |   |  |
|   |   |                  |             |   |  |
|   |   |                  |             |   |  |
|   |   |                  |             |   |  |
|   |   |                  |             |   |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 G 00000000<br>35533411 11433553<br>B |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             |   |  |
|   |   |                  |             |   |  |
|   |   |                  |             |   |  |
|   |   |                  |             |   |  |
|   |   |                  |             |   |  |
|   |   |                  |             |   |  |
|   |   |                  |             |   |  |
|   |   |                  |             |   |  |
|   |   |                  |             |   |  |
|   |   |                  |             |   |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي  
CNSS  
Le devoir de vous protéger

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

PHARMACIE EL LOTF  
Mme. BENJELLOUN NEAMA  
313, Bd. Oued Tensift El Oulfa  
Casablanca - Tél. 05 22 86 42 05

Le 19 OCT. 2022

M NADRY Arth

79.00 1 - Kelmag 30 (57)

79.00 2 - Kelmag 30 (57)

109.00 3 - D-8Neo 30 (57)

122804° - M880R 40 (57)  
T=39160 (57)



**KALMAGAS®**

LOT: 220449  
PER: 06/2027  
PPC: 79,90DH

LOT 211968  
EXP 10/2023  
PPV 122.80DH

**KALMACOL®**  
Comprimé

Lot: 210758  
A consommer  
avant le: 10/2026  
PPC: 79,90 DH

**Lot:**  
**DLC:** DS01/22  
01/2025  
**P.P.C : 109,00 DH**



POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

|                             |                       |   |                  |                                      |        |                             |  |                          |  |                          |  |
|-----------------------------|-----------------------|---|------------------|--------------------------------------|--------|-----------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|
| N° IPP : 1331161            | N° SEJOUR : 220093994 | <b>FACTURE N° 2202023046</b>  |                  | DATE D'ENTREE : 19/10/2022           |        | DATE DE SORTIE : 19/10/2022 |  |                          |  |                          |  |
| ASSURE :                    |                       | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI<br>N° IMMAT C.N.S.S :<br>N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :<br>N° SE. SOC. ETRANG. : |                  | DESTINATAIRE :<br><b>NADRY,Aicha</b> |        |                             |  |                          |  |                          |  |
| MALADE : NADRY,Aicha        |                       |   |                  |                                      |        |                             |  |                          |  |                          |  |
| NOM JEUNE FILLE :           |                       |   |                  |                                      |        |                             |  |                          |  |                          |  |
| TIERS PAYANT 1 :            |                       |   |                  |                                      |        |                             |  |                          |  |                          |  |
| TIERS PAYANT 2 :            |                       |   |                  |                                      |        |                             |  |                          |  |                          |  |
| REF. PC 1 :                 |                       | REF. PC 2 :   |                  |                                      |        |                             |  |                          |  |                          |  |
| NATURE DE PRESTATION        |                       | LETTRE<br>CLE   | NOMBRE<br>x COEF | PRIX<br>UNITAIRE                     | TOTAL  | TIERS PAYANT 1<br>% / Dh    |  | TIERS PAYANT 2<br>% / Dh |  | PART DU MALADE<br>% / Dh |  |
|                             |                       |   |                  |                                      |        | MONTANT                     |  | MONTANT                  |  | MONTANT                  |  |
| CONSULTATION DE MEDECIN.    |                       | CS  | 1.00             | 150.00                               | 150.00 |                             |  |                          |  | 0.00                     |  |
| CONSULTATION DE SPÉCIALISTE |                       |   |                  |                                      |        |                             |  |                          |  |                          |  |

|   |                        |              |   |         |        |  |          |        |
|---|------------------------|--------------|---|---------|--------|--|----------|--------|
| Intervenant : 02022017 DR BENDAHMANE ASMAE GASTRO-ENTEROLOGIE     | TOTAUX :               | 150.00       |   |         |        |  |          | 150.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>CENT CINQUANTE DHS |                        | PLAFOND PC : |   |         |        |  | ACOMPTE: |        |
|   |                        | REMISE :     | 0.00  | REGLE : | 150.00 |  | AVOIR :  |        |
|   |                        | RESTE DU:    | 0.00  |         |        |  |          |        |
| DATE FACTURE : 19/10/2022   | EDITEE LE : 19/10/2022 | PAR: IMANE   | ACCIDENT DE TRAVAIL :   |         |        |  |          |        |
| VISA  |                        |              | N° DE POLICE : DATE AT :  |         |        |  |          |        |
|   |                        |              | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef |         |        |  |          |        |
|   |                        |              | BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA                  |         |        |  |          |        |
|   |                        |              | N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31                 |         |        |  |          |        |

Polyclinique CNSS  
Derb-Ghallef