

# 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**

N° P19-0028974



☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8945 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Jamil El Rounte f  
 Date de naissance : 01.01.1943  
 Adresse : Hy Hya Rachid Imm 2 N°38B G89  
 Tél : 0662 13 11 26 Total des frais engagés : 5450 + 150,00 = 5600,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/03/23  
 Nom et prénom du malade : JAMIL Milonolo Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Art. R. 201.01.01  
 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 : Casa Le :  
 Signature de l'adhérent(e) : Jamil El Rounte f





# 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
02-03-23		62	150	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE LA PLACE</b> Hay Rakbout - Rue 12 - N°53 Sidi Moumen - Casablanca Tél: 05 22 70 16 39 ICE : 001633163000023	02/03/23	<b>PHARMACIE LA PLACE</b> Hay Rakbout - Rue 12 - N°53 Sidi Moumen - Casablanca Tél: 05 22 70 16 39 ICE : 001633163000023

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

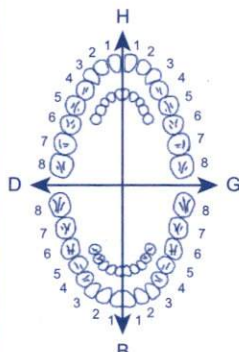
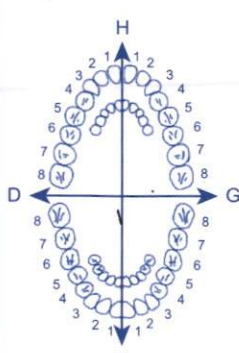
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <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> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 : 1365235	N° SEJOUR : 230020796	<b>FACTURE N° 2302006291</b>		DATE D'ENTREE : 02/03/2023		DATE DE SORTIE : 02/03/2023				
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>JAMIL,Milouda</b>						
MALADE : JAMIL,Milouda										
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 SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 190508 DR FAIK AFAF (RHUMATOLOGUE)	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 02/03/2023	EDITEE LE : 02/03/2023	PAR: LAGRIB	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Réglement 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					

Caisse Consultation  
Polyclinique CNSS  
Derb-Ghallef



وصفة  
ORDONNANCE



Le 02/03/23

Me TAHIL Tiloude

PPC : 149,50 DH

Lot :  
À consommer de  
préférence avant le :

① Curanti  
149,50 1 cp x 21 j palt 15 jours

② Vitaneuril fort  
28,80 1 cp x 21 j palt 15 jours

PHARMACIE LA PLACE  
Hay Raboub - Rue 12 - N°53  
Sidi Moumen - Casablanca  
Tél.: 05 22 79 16 39  
ICE : 001632163000023

PHARMACIE LA PLACE  
Hay Raboub - Rue 12 - N°53  
Sidi Moumen - Casablanca  
Tél.: 05 22 79 16 39  
ICE : 001632163000023

Dr. FAIK Asaf  
Rhumatologue  
Casablanca  
INPE: 091184132

③ Pioscedine 300  
188,00 1 gélule x 21 j palt 30 j

PPV 188.00 DH

④ Redes 20mg (4)

LOT 211149  
EXP 04/2024  
PPV 52.80DH

52,80 1 cp tj 2<sup>e</sup> Jour pelt 14 Jour.

⑤ Redlip 20mg (4)

97,60

97,60 1 cp tj 6 Smr pelt 1 Jour

545,50

Dr. FAIK Afaf  
Rhumatologue  
Casablanca  
INPE: 071184432

PHARMACIE LA PLACE  
Hay Rakboul - Rue 12 - N°83  
Sidi Moumen - Casablanca  
Tél.: 03 22 70 16 39  
ICE : 0012221000000000