

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M23- 021187

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02447 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MARRISSI Ahmed
 Date de naissance : 07/10/1943
 Adresse : Résidence El miam 1m 12 Apt 7 el ouffa
 D. oum Rabia Casa
 Tél. : 06 61 20 83 36 Total des frais engagés : 188 dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RAISSOUNI Nou
Rhumatologue

Date de consultation : 02/10/2023

Nom et prénom du malade : NASSIRI Atcha Epouse Flaminis Age : 78

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

Nature de la maladie : Polyarthroses

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 : 29/12/2023 Casa Le : 29/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
2-10-93		3	15000	Dr. RAISSOUNI

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

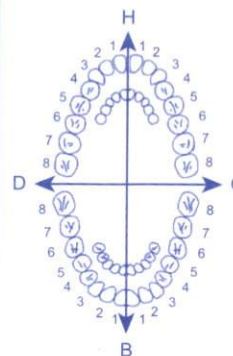
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



الضمان الإجتماعي
+الO%+ +الC%+

CNSS
Le devoir de vous protéger

وصفة
ORDONNANCE

مصحة
POLYCLINIQUE



درب غلف
DERB GHALLEF

le 02-6-23



03

س 6:00

x2ced

LOT232306 1

EXP 07 2023

PPV 19 00

M^{me} NASTRI Archo
Epoche Planniss

19,00x2

20/ Isone 5 mg :

cp matin

cp soir

Puis Isone 5mg 1 cp soir } x18j

Cotargyl 1mg 4 cp matin } x18j

Puis Cotargyl 1mg : 3 cp matin } x18j

Isone 5 mg : 1 cp soir } x18j

Puis Cotargyl 1mg : 2 cp matin } x18j

Isone 5mg : 1 cp soir } x18j

Puis Cortangyl 1mg: 1 matin } x 1 sem
Isone 5mg: 1 soir }

Puis Isone 5mg:
1/2 cp matin } x 1 sem
et 1/2 cp soir }

Puis Cortangyl 1mg:
2 matin } x 1 sem
2 soir }

Puis Cortangyl 1mg: 1 matin } x 1 sem
2 soir }

Puis Cortangyl 1mg: 1 matin } x 1 sem
1 soir }

Puis Cortangyl 1mg: 1/2 cp matin } x 1 sem
1 cp soir }

Puis Cortangyl 1mg: 1/2 cp matin } x 1 sem
1/2 cp soir }

Puis Cortangyl 1mg: 0 matin } x 1 sem
1/2 cp soir }

~~~~~

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 : 1419541                                 | N° SEJOUR : 230097598 | <b>FACTURE N° 2302025755</b>           |               | DATE D'ENTREE : 02/10/2023              |                                  | DATE DE SORTIE : 02/10/2023 |                                  |  |                                  |        |
| ASSURE :                                         |                       |                                        |               | DESTINATAIRE :                          |                                  |                             |                                  |  |                                  |        |
| MALADE : <del>NACIR</del> , Aicha <b>NASSIRI</b> |                       | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI |               | <del>NACIR</del> , Aicha <b>NASSIRI</b> |                                  |                             |                                  |  |                                  |        |
| NOM JEUNE FILLE :                                |                       | N° IMMAT C.N.S.S :                     |               |                                         |                                  |                             |                                  |  |                                  |        |
| 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<br>% / Dh MONTANT |                             | TIERS PAYANT 2<br>% / Dh MONTANT |  | PART DU MALADE<br>% / Dh MONTANT |        |
| CONSULTATION DE MEDECIN.                         | CS                    | 1.00                                   | 150.00        | 150.00                                  |                                  |                             |                                  |  | 0.00                             | 150.00 |
| CONSULTATION DE SPÉCIALISTE                      |                       |                                        |               |                                         |                                  |                             |                                  |  |                                  |        |

|                                                                   |                        |                                      |                       |                                             |  |  |          |        |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|--|--|----------|--------|
| Intervenant : 04042019 DR RAISSOUNI NOUHA RHUMATOLOGUE            | TOTAUX :               | 150.00                               |                       |                                             |  |  |          | 150.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>CENT CINQUANTE DHS |                        | PLAFOND PC :                         |                       |                                             |  |  | ACOMPTE: |        |
|                                                                   |                        | REMISE :                             | 0.00                  | REGLE :                                     |  |  | AVOIR :  |        |
|                                                                   |                        | RESTE DU :                           | 150.00                |                                             |  |  |          |        |
| DATE FACTURE : 02/10/2023                                         | EDITEE LE : 02/10/2023 | PAR: HAFSA                           | 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            |  |  |          |        |