

# 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

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- 058615

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2945 Société : /

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : /

Nom & Prénom : Jamel E. Montefi

Date de naissance : 01.01.1943

Adresse : Hy Mye Rachid - Imm E - 138 B

Tél. : 0692 705216 Total des frais engagés : 24730 + 150 dh = 39730 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03.12.2021

Nom et prénom du malade : JAMIL E. MONTESI Age : 1943

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

Nature de la maladie : Cancer du sein

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 : Casablanca Le : 31.12.2021

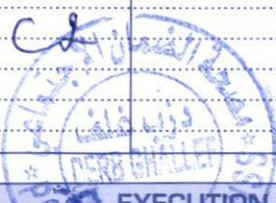
Signature de l'adhérent(e) : /



# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

23/12/21



150 DH

Dr. Souktra  
Ophtalmologiste  
Maladie et Chirurgie des Yeux  
Polyclinique CNSS Derb Gaïet  
Casablanca - Tél : 05 22 86 30 23 à

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

23/12/21

247,30

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	B				
	H		G																
	25533412	00000000	21433552	00000000															
	00000000	35533411	00000000	11433553															
	B																		
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																		

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

POLYCLINIQUE C.N.S.S - 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 : 237712		N° SEJOUR : 210103279		<b>FACTURE N° 2102026635</b>		DATE D'ENTREE : 23/12/2021		DATE DE SORTIE : 23/12/2021			
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>JAMIL,El Mustapha</b>							
MALADE : JAMIL,El Mustapha											
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	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
		CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE		CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 10524 DR GUEDIRA BOUCHRA (OPHTALMOLOGUE)		TOTAUX :		150.00						150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
				REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU :		150.00					
DATE FACTURE : 23/12/2021		EDITEE LE : 23/12/2021		PAR: ZBIRY		ACCIDENT DE TRAVAIL					
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :					
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef					
				BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
				N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31					





الضمان الاجتماعي  
الضمان الاجتماعي  
CNSS

زولامول®  
Xolamol®

Lot: Y L 0 1 4 7

Fab: 0 4 2 1

Exp: 0 4 2 3

P.P.V : 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®

Lot: Y L 0 1 1 4

Fab: 1 1 2 0

Exp: 1 1 2 2

P.P.V : 110 DH 70

# وصفة ORDONNANCE

مصلحة  
POLYCLINIQUE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Le 23/12/2021

Smic Sc Noshapha

Xolamol

2 fls x 20 x  
2 x

Sucre

MYDRIATICUM 0,5%  
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH  
Non remboursable AMO



6 118001 070428  
A.M.M. Maroc N° 19 DMP/21/NTT  
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

2) Noceprol

2 fls x 20 x  
2 x

Dr Bouchra GUEDIRA  
Médecin Ophtalmologue  
Chef de Service Consultation  
Polyclinique CNSS Derb-Ghalef

زينة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05  
Rue Addamane - Derb Ghalef - Casablanca - Tél. 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05