

# 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.

## Diagnostique 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

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° M21- 1052302

142215

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1506 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHRAOUL DRISSA  
Date de naissance : 12/09/1953  
Adresse : 68, Rue Aboumarwan Abdelmalek Apt. 38  
Pénitence BOUHA CASABLANCA HORITAN EXT  
Tél. : 06.61.31.69.06 Total des frais engagés : 591,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 09/04/2022  
Nom et prénom du malade : CHRAOUL Drissa Age: 68  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection dermatologique  
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 : 09/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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

09/04/22

CN

120

Dr. Youssef B...  
Polyclinique Cas-S  
Dard-Ghattat

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

9/4/2022

471.00

# 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

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 :

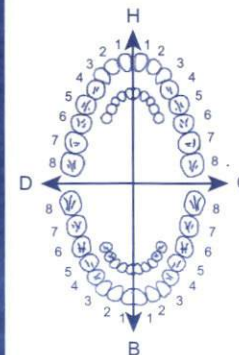
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

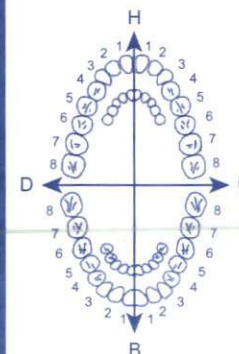
MONTANTS  
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة  
ORDONNANCE

مصحة  
POLYCLINIQUE



درب غلف

DERB GHALLEF

Le 07/04/2012

Chrhoul Driss

Valex 500mg 7 jours  
432100 2cp x 34

Codalpine n°01  
25.00 1cp x 34

Hexomédine n°21  
161100 1cp x 21  
471100



**VALEX® 500 mg**

Valactiver  
42 Comprimés revêlus

PROMOPHARM S.A.

LOT 21009

PER 11/24

PPV 432DH00

**CODALGINE 500 mg/30 mg**  
Boîte de 16 comprimés effervescents



٢٥,٩٣

**إكزوميدين®**

عابر للجلد

إكزاميدين

١٤,٥٥



قارورة 60 مل



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 : 1135032	N° SEJOUR : 220031157	<b>FACTURE N° 2205008344</b>		DATE D'ENTREE : 09/04/2022		DATE DE SORTIE : 09/04/2022					
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S. : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : CHRHOUL, Drissia							
MALADE : CHRHOUL, Drissia											
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 GENERALISTE (NUIT ET JOUR F		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 10672 DR BEN ADADA YOUSSEF	TOTAUX :	120.00						120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
CENT VINGT DHS		REMISE :	0.00	REGLE :	120.00		AVOIR :	
		RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 09/04/2022		EDITEE LE : 09/04/2022		PAR: SAAD		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  
Urgences