

## 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
- 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° W21-766561

132960

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11646 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUNABER FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 62 12 90 63 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D'RABANI Abdeltif  
Polyclinique CNSS  
Derb Ghalef  
INP: 091117507

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MOUNABER Fehla 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) :

*[Signature]*

ACCUEIL  
12 OCT. 2022  
MUPRAS

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
11/10/2022		6	POLYCLINIQUE CHALLALAH EL ANASSER RUE D'ANGELINA	INF : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] <b>D'RABANI Abdelatif</b> Polyclinique CNSS Bordj-Battef. 99017-507

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DALAL</b> 24, Bte, des Vanneaux Oasis - Casablanca Tél 05 22 99 27 54	11/12/22	116,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/10/2022	160	2

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	INP : <input type="text"/>														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

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

مصلحة  
POLYCLINIQUE



درب غلف

DERB GHALLEF

Le 11/10/2022

Mouna Bir.

Kobila



79,70

Az x



14/12

x 0,83

36,60

Betostolone emf

24/12

x 0,83



TI 116,30



PHARMACIE DALAI  
24, Bm. des Vanneaux  
Oasis - Casablanca  
Tél: 05 22 99 27 54

D. RABANI Abdelatif  
Polyclinique CNSS  
17507

وصفة  
**ORDONNANCE**



Le 14 10 2022

POLYCLINIQUE CASABLANCA  
DERB-GHALLEF CASABLANCA  
CAISSE LIPOE

Nouwar  
Fahke

Poumons fœ

D'ARABIAN A. delatif  
Polyclinique CNSS  
Derb Ghallef  
INP: 091117507



N° IPP : 1329141		N° SEJOUR : 220091111		<b>FACTURE N° 2203035904</b>		DATE D'ENTREE : 11/10/2022		DATE DE SORTIE : 11/10/2022			
ASSURE :				UF: 5003 RADIOLOGIE		DESTINATAIRE : MOUNABIR,Fatiha					
MALADE : MOUNABIR,Fatiha				N° IMMAT C.N.S.S :							
NOM JEUNE FILLE :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 1 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	16.00	10.00	160.00					0.00	160.00
Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .					TOTAUX :	160.00					160.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :					PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
CENT SOIXANTE DHS					REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
					RESTE DU :	160.00					
DATE FACTURE : 11/10/2022					EDITEE LE : 11/10/2022		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  
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 :	1329141	N° SEJOUR :	220091115	<b>FACTURE N° 2205026590</b>		DATE D'ENTREE : 11/10/2022		DATE DE SORTIE : 11/10/2022			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>MOUNABIR,Fatiha</b>					
MALADE : MOUNABIR,Fatiha											
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		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE GENERALISTE		C	1.00	80.00	80.00					0.00 80.00	
Intervenant : 06112011 DR RABANI ABDEL TIF (GENERALISTE)				TOTAUX :		80.00				80.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
				REMISE :		0.00		REGLE :		AVOIR :	
				RESTE DU :		80.00					
DATE FACTURE : 11/10/2022				EDITEE LE : 11/10/2022		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  
DERB-GHALLEF CASABLANCA  
CAISSE URGENCES