

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0057865

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00447 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MARNISSI Ahmed  
Date de naissance : 07.01.1943  
Adresse : Résid. Al Wla. m. Imm 12 N°7 OULFA Casablanca  
Tél : 06 61 80 83 36 Total des frais engagés : 1394,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. YAQOUBI Youssef  
Médecin Urgentiste  
INPE : 001193269

Date de consultation : 18.06.2023  
Nom et prénom du malade : MARNISSI Ahmed Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : dentaire  
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 : Casablanca Le : 22 / 06 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# 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
19-06-2023	U		120v	Dr. YAQOUBI Youssef Médecin Urgentiste INPE - 001187269

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie El Ghazal Magasin N° 15 Ha Hassani Tél: 89.57.72 BENABDERRAHMANE	19/06/23	124,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19-06-2023	ZAC	180v
	19-06-2023	ADA	1000v

# AUXILIAIRES MEDICAUX

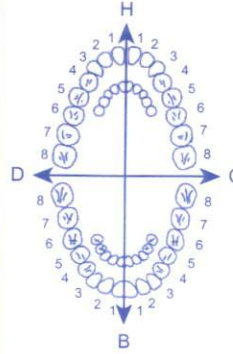
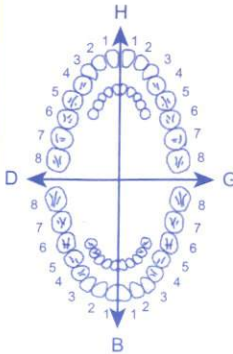
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) 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 الاجتماعي

ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة  
ORDONNANCE



le 19/06/23

NARWISSI AHMED

9990

4 Newflex cooling



rapp x 27

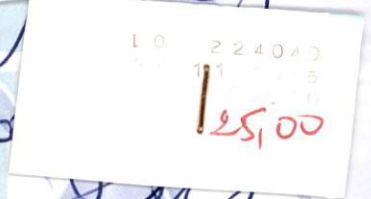


25.00

2/ 25.00



app x 27



124.90

NB: Allergic to lactose



POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

DERB GHALLEF



المملكة المغربية  
Royaume du Maroc



الضمان الإجتماعي

ⵜⴰⵎⴰⵔⵜ ⵜⴰⵖⴻⵔⴰⵏⵜ

**CNSS**

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE

le 18/06/2013

Hamissi Ahmed

\_\_\_\_\_

Youssef Yagoubi

Tom pignat 02

Dr. YAQOUBI Youssef  
Médecin Urgentiste  
INPE 00103269



مصحة الضمان  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

DERB GHALLEF



INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le :19.06.2023

Patient (e) : MARNISSI AHMED

### TDM DU POIGNET DROIT

#### TECHNIQUE

Examen réalisé en mode hélicoïdal avec reconstruction MPR axiale, coronale et sagittale.

#### RESULTAT

Minéralisation osseuse normale.

Absence d'autre anomalie architecturale osseuse

Absence d'anomalies post traumatique

Absence d'anomalie des parties molles.

#### CONCLUSION

TDM du poignet droit ne révélant pas d'anomalie.

☐ I.R.M  
(1.5 Tesla)

☐ Scanner  
(Corps Entier)

☐ Radiologie  
Numérique

☐ Echo-Doppler  
(Couleur)

Pt CHIKHAOUI Nabil  
Radiologue  
INPE : 91036020

N° IPP : 1391926		N° SEJOUR : 230059468		FACTURE N° 2303022398		DATE D'ENTREE : 19/06/2023		DATE DE SORTIE : 19/06/2023			
ASSURE :						DESTINATAIRE : MARNISSI,Ahmed					
MALADE : MARNISSI,Ahmed											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION			LETTRE	NOMBRE	PRIX	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
			CLE	x COEF	UNITAIRE	TOTAL		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE											
TDM			TDM	1.00	1000.00	1000.00				0.00	1000.00

Intervenant : 438055 DR CHIKHAOUI NABIL (RADIOLOGUE)		TOTAUX :		1000.00						1000.00		
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE				PLAFOND PC :					ACOMPTE:			
				REMISE :		0.00		REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU:		1000.00						
DATE FACTURE : 19/06/2023		EDITEE LE : 19/06/2023		PAR: KARIM		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						

المملكة المغربية  
Royaume du Maroc



الضمان الاجتماعي

ⵜⴰⵎⴰⵔⵜ ⵜⴰⵖⴰⵎⴰⵏⵜ

**CNSS**

Le devoir de vous protéger

# وصفة ORDONNANCE

le 18/06/2023

Mr. H. H.

Rx général

Dr. YAQOUBI Youssef  
Médecin Urgentiste  
INPE : 021183269



مصحة الضمان  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

DERB GHALLEF





INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghalef

☐ I.R.M  
(1.5 Tesla)

☐ Scanner  
(Corps Entier)

☐ Radiologie  
Numérique

☐ Echo-Doppler  
(Couleur)

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 19/06/2023

Patient (e) : MARNISSI AHMED

### RX. POIGNET DROIT DE FACE ET DE PROFIL

Minéralisation osseuse normale.

Absence d'anomalie articulaire ou architecturale osseuse.

Absence d'anomalie des parties molles.

### CONCLUSION

Radiographie poignet droit ne révélant pas d'anomalie.

DR MASTOUR MOHAMED  
Radiologie Polyclinique  
CNSS Derb Ghalef  
INPE : 91036335  
Dr MESTOUR



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 : 1391926	N° SEJOUR : 230059457	<b>FACTURE N° 2303022392</b>		DATE D'ENTREE : 19/06/2023		DATE DE SORTIE : 19/06/2023					
ASSURE :				DESTINATAIRE :							
MALADE : MARNISSI,Ahmed		UF: 5003 RADIOLOGIE		MARNISSI,Ahmed							
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		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .	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 : 19/06/2023	EDITEE LE : 19/06/2023	PAR: KARIM	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			

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 : 1391926	N° SEJOUR : 230059458	FACTURE N° 2305017230		DATE D'ENTREE : 19/06/2023		DATE DE SORTIE : 19/06/2023					
ASSURE :				DESTINATAIRE : MARNISSI,Ahmed							
MALADE : MARNISSI,Ahmed		UF: 5002 URGENCES									
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 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
CONSULTATION DE MEDECIN. VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A		V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE)		TOTAUX :		120.00							120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS		PLAFOND PC :							ACOMPTE:		
		REMISE :		0.00	REGLE :				AVOIR :		
		RESTE DU:		120.00							
DATE FACTURE : 19/06/2023		EDITEE LE : 19/06/2023		PAR: KARIM		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							