

# 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.

## 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



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

**Déclaration de Maladie**  
M23-002980

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5232 Société : 180038  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ESSEFAR ALI  
 Date de naissance : 01-01-1948  
 Adresse : Bouchentouj - Rue 12 n°15 Casa  
 Tél. : 06 809 866 43 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : ESSEFAR Touria Age: 66 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : Le : 17 / 09 / 2023  
 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
11/09/23			178,50	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/09/23	178,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/09/23		160,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

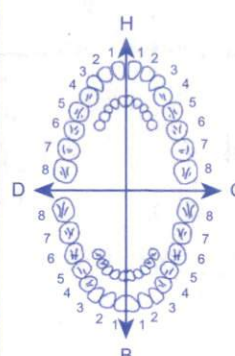
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الإجتماعي

+oIIO%+ +oIoC%+

CNSS

Le devoir de vous protéger

# وصفة ORDONNANCE



درب غلف

DERB GHALLEF

le 17/07/20

Elhabaz Rame

PHARMACIE EL HOUDA  
DE... S... AU...  
N.O... CHIRI... ISSI...  
Doc...  
19, Bu... 2 Mars  
Tél: 0522.28.99.44 - CASABLANCA

57,10 -

Rhes

17/2/2

4170 x2

Strova

4170 x2

Dr. YAQOUBI Youssef

Médecin Urgentiste

INPE - 001183269

lavale

10-3/2

# Brexin

Piroxicam- $\beta$ -cyclode

10 sachets

**Brexin® 20 mg**

Piroxicam  $\beta$ -cyclodextrine

10 sachets

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240174

LOT 22009,  
EXP NOV 25  
PPV 57DH10



LOT 230813 1  
EXP 02 2025  
PPV 15.00



LOT 230813 1  
EXP 02 2025  
PPV 15.00



أقراص

12 قرصا من 4 ملغ

## كولطراكس

تيوكولشكزید

45,70

أقراص

12 قرصا من 4 ملغ

## كولطراكس

تيوكولشكزید

45,70



المملكة المغربية  
Royaume du Maroc



الضمان الإجتماعي  
+oIIO8+ +oIoC8I+  
**CNSS**  
Le devoir de vous protéger

وصفة  
ORDONNANCE

مصحة  
POLYCLINIQUE



درب غلف  
DERB GHALLEF

le 17/05/2013

Prescrit par Dr. Danie

Dr. Yagoubi Youssef

Dr. YAGOURI Youssef  
Médecin Urgentiste  
INPE : 091183269

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 : 1415856		N° SEJOUR : 230092227		FACTURE N° 2303036034		DATE D'ENTREE : 17/09/2023		DATE DE SORTIE : 17/09/2023				
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>ESSEFAR, Touria</b>								
MALADE : ESSEFAR, Touria												
NOM JEUNE FILLE :												
TIER PAYANT 1 :												
TIER PAYANT 2 :				UF: 5003 RADIOLOGIE								
REF. PC 1 :				N° IMMAT C.N.S.S. :								
REF. PC 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
				N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION		LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIER PAYANT 1		TIER PAYANT 2		PART DU MALADE		
		CLE	x COEF	UNITAIRE		% / 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 : CENT SOIXANTE DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
					REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :	
					RESTE DU:		160.00					
DATE FACTURE : 17/09/2023					EDITEE LE : 17/09/2023		PAR: MOURAD		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 : 1415856		N° SEJOUR : 230092228		<b>FACTURE N° 2305026624</b>		DATE D'ENTREE : 17/09/2023		DATE DE SORTIE : 17/09/2023			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>ESSEFAR,Touria</b>					
MALADE : ESSEFAR,Touria											
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	
<b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b> 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 : 17/09/2023					EDITEE LE : 17/09/2023	PAR: MOURAD	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						







INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 17/09/2023

Patient € : ESSEFAR TOURIA

### RX POUMONS FACE

Transparence parenchymateuse normale.

Absence de foyer parenchymateux de type évolutif notable.

Silhouette cardio médiastinale normale.

Culs de sac pleuraux

### CONCLUSION

Radiographie pulmonaire ne révélant pas d'anomalie.

DR BENBRAHIM

*[Handwritten signature]*  
M. Benbrahim  
Polyclinique CNSS DE BR GHALEF  
17/09/2023

☐ I.R.M  
(1.5 Tesla)

☐ Scanner  
(Corps Entier)

☐ Radiologie  
Numérique

☐ Echo-Doppler  
(Couleur)