

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- 0016874

200 172

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4840 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : S. Itay A. Issa

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/03/2024

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Dactylite osseuse chron.

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 :/...../.....

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
18/03/2024	C5			Dr AIT LAHCEN Chirurgien Dentiste et Maxillo-facial Médecin de Sport Chirurgie Arthroscopique INPE : 011228493

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

18/03/2024

320,10

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 :

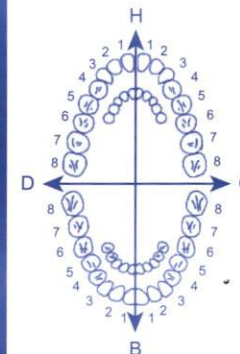
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

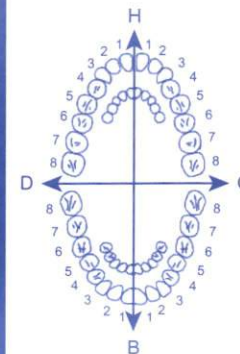
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي
+1100+ +1000+

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة ORDONNANCE

RELAXOL 500MG/2MG
CP 820
P.P.V : 49DH60
LOT : 236012
PER : 08/2025
1180001060833

مصحة
POLYCLINIQUE



درب غلف
DERB GHALLEF

le 78/03/2024

139, No me Drissen sth

7/ Kerghe

rep x 2/1 pdt 7/5

49,60

2/ Behmel

rep 82/1 pdt 20g

82,00

3/ Vercib 800g

1 gelle 1 pdt 20g

49,00

4/ Behmayel

320, No rep 1/1 pdt 20g

DERMATOL
LOT: 087622021
PER: 09/2025
PPC: 139,50 DH

Sté. PHARMACIE
KASTALANI CASABLANCA
SARI AU
77, Rue Abi Al Mousour Iselabi Hay
Dakhla - Cas - Tel: 95 22 44 96 98
INPE 092036250

LOT: 20121
PER: 07/25
PP: 82,00 DH

BELMAZOL® 20 mg ○

14 gélules



6 118000 070122

Omeprazole

BELMAZOL®

Voie Orale

14
gélules

20 mg

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



الضمان الإجتماعي
+١08%+ ١٥C8+
CNSS
Le devoir de vous protéger

MANUELLE

BON DE RENDEZ VOUS



مصحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

POLYCLINIQUE CNSS : SERVICE DE CONSULTATIONS.

NOM PRENOM DU MALADE :

STI TOU ANISSA

DATE & HEURE DE RENDEZ-VOUS :

NOM DU MEDECIN :

D AZ TLAKEH

SPECIALITE :

N° TÉLÉPHONE DU PATIENT :

12 / 23 / 24 = 94

MONTANT DE LA CONSULTATION :

16 004

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 :	1464251	N° SEJOUR :	240028700	FACTURE N°	2402008689	DATE D'ENTREE :	18/03/2024	DATE DE SORTIE :	18/03/2024
----------	---------	-------------	-----------	------------	------------	-----------------	------------	------------------	------------

ASSURE :	
DESTINATAIRE :	

MALADE: STITOU,Anissa	UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI	STITOU,Anissa
-----------------------	--	---------------

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
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant :	M0100015 AIT LAHCEN ABDELHAKIM	TOTAUX :	150.00						150.00
---------------	--------------------------------	----------	--------	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC:	ACOMPTE:
---	-------------	----------

CENT CINQUANTE DHS		REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
--------------------	--	----------	------	---------	--	---------	--

REMISE :	0.00	REGLE :	AVOIR :
----------	------	---------	---------

RESTE DU:	150.00
-----------	--------

DATE FACTURE : 18/03/2024 EDITEE LE : 18/03/2024 PAR: IMANE ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE FACTURE : 10/03/2024

DATE FACTURE : 10/03/2024

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