

## 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

N° W19-556891

Complément.

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11191

Société : RAM

35323

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHEIKH HOUSSINE

Date de naissance : 16/12/1969

Adresse : Residence Nour Californie, Immeuble 6, Apt 3  
Ain Chock

Tél. : 0671222009

Total des frais engagés : 1677,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 27/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24-7-20	1677,30

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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	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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></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			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																								
	(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





شهادة تحمل مصاريف الأدوية

ATTESTATION DE  
PRISE EN CHARGE DES  
MEDICAMENTS

المملكة المغربية  
ROYAUME DU MAROC



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Ref. : 610269 N° 467043

Nom et prénom de l'assuré : EL BAKILI ASSIA

Nom et prénom du bénéficiaire : EL BAKILI ASSIA

N° d'immatriculation 133920069

Numéro de Prise en Charge :



\*880143850\*

Médecin traitant :

Durée de traitement 42Jours

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale s'engage à prendre en charge conformément à la convention en vigueur les médicaments suivants :

يلتزم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بتحمل مصاريف الأدوية التالية وذلك وفقاً للاتفاقية المحددة

Nom commercial الاسم التجاري	PPV ثمن الدواء Tarif de cession تعرفة البيع	Prix Base de Remboursement اساس التحمل	Nombre d'unités عدد النودات	Taux de prise en Charge نسبة التحمل	Montant PEC CNSS (en DH) المبلغ المتحمل من طرف ص.و.ض.ج	Montant PEC Assuré (en DH) المبلغ المتحمل من طرف المؤمن
TYKERB 250 MG 1 BOITE 70 COMPRIME	11182,00	11182,00	3	95	31868,70	1677,30
Total :					31868,70	1677,30

Pour un montant global de

31 868,70

Dhs

المبلغ المجمل

Trente Et Un Mille Huit Cent Soixante Huit Dhs Et Soixante Dix Centimes

Le montant global à la charge de l'assuré

1 677,30

Dhs

المبلغ المجمل المتحمل من طرف المؤمن

Mille Six Cent Soixante Dix-Sept Dhs Et Trente Centimes

La validité de prise en charge :

Du 08/08/2020

Au 07/09/2020

صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à la demande de remboursement du pharmacien dans un délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de délivrance des médicaments.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب أن يودعه الصيدلي في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ تسليم الأدوية

Aussi, nous vous signalons que cette attestation de prise en charge est utilisable une seule fois et que le dépassement du délai de validité de l'attestation sus mentionné rend la présente attestation sans effet.

كما نثير انتباهكم إلى أن هذه الشهادة تخص وصفة واحدة وأن عدم شراء الأدوية داخل الأجل المشار إليها أعلاه يفقد هذه الشهادة صلاحيتها

NB : le paiement se fera sur la base du prix en vigueur à la date de facturation.

ملحوظة : يتم التعويض على أساس الثمن المعمول به في تاريخ تحرير الفاتورة

Délivrée par : INARA

Le : 23/07/2020

Signature et cachet de l'Agence CNSS

رئيس مصلحة الأمراض المزمنة  
وكيلة الإدارة المديرية الجهوية  
حي سيدي عظمي بالحي  
CNS

Fait à :

Le :



Signature et cachet du prestataire

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE  
 RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE  
 CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOETHERAPIE - CHIMIOETHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانتر - الجراحة الإشعاعية  
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكمياني الباطني - الإستشفاء

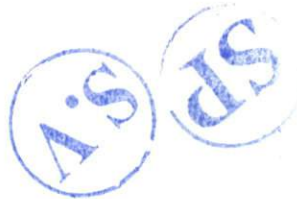
CASABLANCA, LE 22/07/20

Mme EC RAKILI ASSIA

Ty Kears 250m

5 qd x 1 min

Dr M. EL MUNCHIL  
 Radio-Oncologue  
 NIP : 091058651



11182,80 x3  
 33546,80



www.centreakindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centreakindy.ma | Patente : 35806396 | LF : 01002283 | CNSS : 2026913 | ICE : 000 205 043 0000 17

Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370  
 المقر الرئيسي : 2 و 4 - زنقة يوسف الكندي - شارع ابن سينا - الدار البيضاء معايف - المغرب 20370

Accueil Général : +212 520 48 72 00 / 01	Secrétariat Radiothérapie : +212 520 48 72 02	Service Facturation : +212 520 48 72 07
+212 522 39 33 33	Secrétariat Consultation Médicale : +212 520 48 72 03	Service Caisse : +212 520 48 72 09
Fax : +212 522 39 37 34	Service Prise en charge et Devis : +212 520 48 72 04	Service Pharmacie : +212 520 48 72 20



## صيدلية ثانوية محمد الخامس

## PHARMACIE LYCÉE MED V

Mohamed LAHLOU

*Docteur en Pharmacie*

Casablanca le : 24-7-2020

**FACTURE N°:0182953**

M: EL BAKEL ASSIA

[illegible]

Arrettée la présente facture à la somme de :

RC:318383-TP:34465067-IF:15221985-C.N.S.S.:6174586-I.C.E:000510436000085

SGMB:022780000186002765227974

28 bis, Rue Salonique (Angle Rue de Rome) - Casablanca / Tél : 05 22 85 43 95 - Fax : 05 22 81 53 31

Gsm: 0600 06 07 08 - E-mail: l.med.5@hotmail.com