

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

- 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

Declaration de Maladie

N° W21-779559

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 200 Société : DAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LOUZ A Radid

Date de naissance : 02.12.79

Adresse :

Tél : 0661253642 Total des frais engagés : 425 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/08/23

Nom et prénom du malade : DAHMANE ASSA

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

Nature de la maladie : Edm agrophie

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 : Settat Le : 07 SEP 2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

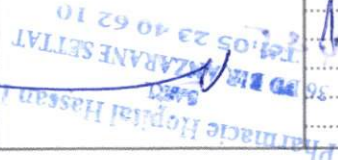
VOLET ADHERENT

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/08/23	225,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/08/2023	Radiologie	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

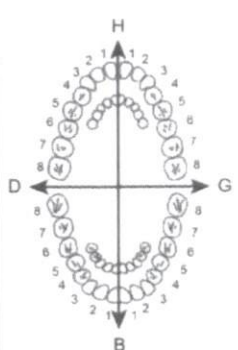
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

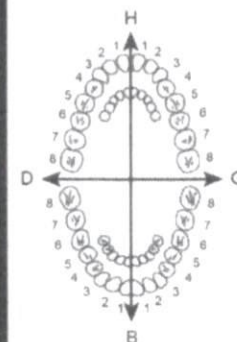
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
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

SETTAT Le : 11/08/23


NOM DAHMANG
PRENOM ASSIA
MEDECIN TRAITANT : DR. EL BRINI

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE PELVIENNE

- Vessie pleine à paroi fine de contenu transonore
- Utérus de taille normale, de contours réguliers, d'échostructure homogène
- Ligne cavitaire fine et en place
- Les ovaires sont de taille et de morphologie normales
- Absence de masse latéro-utérine
- Douglas libre

AU TOTAL :

Echographie pelvienne ne révélant pas d'anomalie

Obstétricienne
Gynécologue
DR EL BRINI LILIANE


PPV :

EXP :

Lot N° :

44,10

0722730

11/2025

440H1



Parasphan®

10 comprimés effervescent

PPV 17DH30
EXP 11/2025
LOT 20030 5

Lot N° :

Exp :

PPV :

22041

05/25

115DH90



(12)

(12)

(12)

(12)



وصفة ORDONNANCE

Le : 11/06/2023

Mme Dalimaue ASSIA

47.80 1- Daseu
1cp x 3 j

115.90 2- Euclo 4g

1 Sachet x 2 j - 7i

64.10 3- Fenac 500mg
1cp x 3 j

17.30 4- Paracétamol 1cp x 2 j

225.10



Obstétricienne
Gynécologue
DR EL BRINI JIHANE



مصلحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ
Settat

المملكة المغربية

Royaume du Maroc



الضمان الاجتماعي
ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⵎⴰⵔⵉⵜ
CNSS

Le devoir de vous protéger

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

Elmoune

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Assia

Renseignements cliniques

Examens demandés

Elmoune

Le médecin traitant

Z=

PC=

K=

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

Biffer les mentions intuelles

Total clichés =

Total posés =



مصلحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ
Settat

المملكة المغربية

Royaume du Maroc



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي
CNSS

Le devoir de vous protéger

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

Eulimceue

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Assia

Renseignements cliniques

Examens demandés

Eulimceue

Le médecin traitant

Z=

PC=

K=

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

Biffer les mentions intuelles

Total clichés =

Total posés =



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ
Settat



BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

Elaimane

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

ASSIA

Renseignements cliniques

Examens demandés

Elaimane

Le médecin traitant

DR EL BRINI JIHANE
Gynécologue
Obstétricienne

Z=

PC=

K=

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

Biffer les mentions inutiles

Total clichés =

Total posés =



POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT
 CHARII AL MASSIRA 26000 SETTAT
 Tél: 0523-40-12-33/40-35-34 Fax: 0523-40-22-61
 RDV : 0523-72-02-64 Urgences : 0523-40-60-55
 INPE: 060001492 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 213952	N° SEJOUR : 230027618	FACTURE N° 2303008756		DATE D'ENTREE : 11/08/2023		DATE DE SORTIE : 11/08/2023				
ASSURE : LOUZA RACHID		UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : LOUZA RACHID HAY MIMOUNA BD MY YACOUB N° 24 SETTAT						
MALADE : DAHMANE, Assia										
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		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE										
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 08152 DR. EL BRINI JIHANE, GYNECOLOGUE OBST.	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTÉ :	0.00
	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU :	200.00						
DATE FACTURE : 11/08/2023	EDITEE LE : 11/08/2023	PAR: JENIYE	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT			
			BANQUE :		BMCE - SETTAT			
			N° compte bancaire :		011 610 000001 2100060382 89			

(Handwritten signature and circular stamp of the Radiology Department, Union Nationale des Caisses d'Allocataires - C.N.S.S.)

(Handwritten signature and circular stamp of Dr. El Brini Jihane, Gynecologist and Obstetrician.)