

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0056957

76641

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000313 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : VEUVEDOUAME ABBES

Nom & Prénom : EL OUAFI SOHRA

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : Bine Landoune RUE 46 N°16 CAS

Tél. : 05 22 215 98 Total des frais engagés : 1150 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/09/2023

Nom et prénom du malade : EL OUAFI SOHRA Age :

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

Nature de la maladie : Ablation Bile de I

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.

Signature : [Signature]

Le : / /

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
07/09/23	FK20		1000 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant

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 :

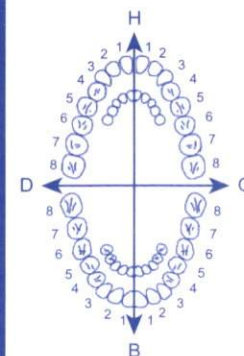
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

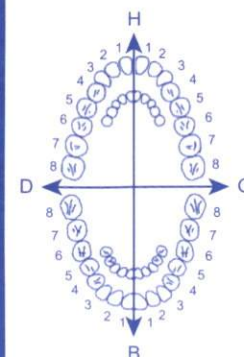
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



الضمان الاجتماعي
التأمين الاجتماعي
CNSS
Le devoir de vous protéger

BULLETIN DE SORTIE

0000973035 2 01/01/1950
EL OUAFI BK337530
ZOHRA
123004360 07/09/2023
CHR.GLE & VISCERALE
SALLE LIT



مصلحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

Mr El Ouafi Zohra Le 07-09-23
Hospitalisé (e) du 07-09-23 au 07-09-23
pour (diagnostic) Ablation de Broche
Traitement IV
Observation du médecin gauche

Dr. CHAFI FARALI
Orthopédie
الطبيب
الاستشاري
الاستشاري
الاستشاري
INRA II

Le Médecin traitant

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
 Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA
 Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06
 RDV : 0522-50-45-13
 INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 973035		N° SEJOUR : 123004360		FACTURE N° 2301010844		DATE D'ENTREE : 07/09/2023		DATE DE SORTIE : 07/09/2023			
ASSURE :				N° IMMAT C.N.S.S. :		DESTINATAIRE : EL OUAFI BK337530,Zohra BINE LAMDOUNE RUE 46 NR 16 CASA					
MALADE : EL OUAFI BK337530,Zohra											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 : REF. PC 2 :											
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE											
FORFAIT K20		FK20	1.00	1000.00	1000.00					0.00 1000.00	

TOTAUX :					1000.00						1000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE					PLAFOND PC :					ACOMPTE:	1000.00
					REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
					RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 07/09/2023					EDITEE LE : 07/09/2023					PAR: ASMAA	
VISA					ACCIDENT DE TRAVAIL :						
					N° DE POLICE :					DATE AT :	
					Règlement à effectuer à l'ordre de :					POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA	
					BANQUE : BMCE - INARA						
					N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91						

0000973035 2 01/01/1950
EL OUAFI BK337530
ZOHRA
123004360 07/09/2023
CHR. GLE & VISCERALE
SALLE LIT

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Opérateur:

Dr KARDALI
Elouafi Zohra

Dr. CHAHQ KARDALI
Traumatologie - Orthopédie
جراحة العظام والمفاصل - جراحة اليد
الجراحة الترميمية
INP: 091242669

Patient :

Date d'entrée : 07.09.23

Date de sortie : 07.09.23

I - RESUME CLINIQUE :

2 Broches au niveau
du 5^{ème} doigt gauche

II - COMPTE RENDU OPERATOIRE :

S/s Sédation, Installation
- ablation de 2 Broches
- pansement.

III - Suites :

Dr. CHAHQ KARDALI
Traumatologie - Orthopédie
جراحة العظام والمفاصل - جراحة اليد
الجراحة الترميمية
INP: 091242669

Pli à joindre à la D.E.P

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur :

Pli à joindre à la D.E.P

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur :



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

NOTE CONFIDENTIELLE

0000973035 2 01/01/1950

NT

EL OUAFI BK337530

ZOHRA

123004360

07/09/2023

CHR.GLE & VISCERALE

1) Date d SALLE LIT

ilade :

07-9-23

2) Renseignements cliniques sommaires :

K20

BK 337530
07/09/23

3) Traitement envisagé et actes :

Chirurgie

2) Durée prévisible du traitement :



LE

Signature

07/09/2023