

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'I-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

M23-007513

203028

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00450 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Nom & Prénom : LEGGANI Mohamed

Date de naissance : 01.01.1948

Adresse : 119 Hay Al Wahda El Alia

20830 Mohammédia - Maroc

Tél. : 0611035073

Total des frais engagés : 276,95 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : X

Date de consultation : 16.01.2024

Nom et prénom du malade : Mme ELKHAOUDI Rahma

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : X Dyspnée inspiratoire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : non

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 : Mohammédia Le : 16.01.2024

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

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
16/04/2024	240504		204,35	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HASSANIA Dr. BERRA Nadjat E. LBOUCHE N° 165, Bd. de la Résistance El Aïa MOHAMMEDIA Tél. 05 23 28 76 61	16/04/24	21,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

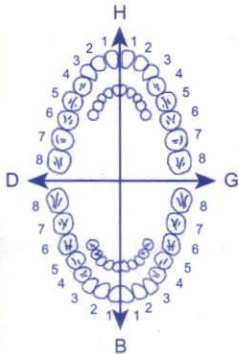
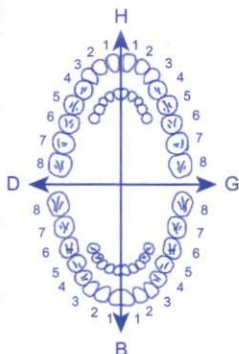
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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																
	<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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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
C N S S

POLYCLINIQUE C.N.S.S -
MOHAMMEDIA
HAY EL INARA -
MOHAMMEDIA
05 23 32 47 60, 05 23 32 47 62, 05
23 31 15 74

ORDONNANCE MEDICALE

IPP: 2400021127



N° dossier: URG_1118/2024

Nom et prénom du patient: EL KHAOUDI RAHMA

Date naissance: 01/11/1945 (78 ans)

Service: URGENCES

OSMOSINE 1 g/5ml suspension buvable voie orale

1 G/5ml, voie orale 3 fois par Jour(s) pendant 5 Jour(s) Après le repas

PREDNI COOPER 20 mg comprimé effervescent voie orale

20 mg, voie orale 1 fois par Jour(s) pendant 3 Jour(s) Avant le repas

Précision supplémentaire : 3 CP PAR JOUR LE MATIN A JEUN

Editée le: 16/04/2024 12:16

PHARMACIE EL HASSANIA
Dr. BERRI Najat Ep. LBOUCHE
N° 165, Bd. De la Résistance
El Alia - MOHAMMEDIA
Tél. 05 23 28 76 61

Signature et cachet du médecin
Dr. BELLABBES SOUFIANE

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

60,00

PPV 31 DH 80

POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA , HAY EL INARA -
MOHAMMEDIA Tél : 05 23 32 47 60, 05 23 32 47 62, 05 23 31 15 74 Fax :

مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA
HAY EL INARA - MOHAMMEDIA.
05 23 32 47 60, 05 23 32 47 62, 05 23 31 15 74.05 23 32 47 61.
INPE : 090001470, ICE : 001757364000080 , IF: 1602058

الضمان
C.N.S.S

دقائق اذات

FACTURE N° :F240504544/P

N° classement : PAYANT - 4389



090001470

DATE FACTURE : 16-04-2024

Identification patient

N° IPP : 2400021127

Nom et prénom : EL KHAOUDI RAHMA

N° d'admission : S240501590

Information

Date d'entrée : 16/04/2024 10:30

Organisme 1 :
**MUTUELLE DE
PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES
(Payant)**

N° immatriculation : 00450

Service d'entrée : URGENCES

Date de sortie : 16/04/2024 12:24

N° immatriculation 2 :

Medecin Traitant : **Dr. BELLABES SOUFIANE**

Service de sortie : URGENCES

Nature de Prestation	Intervenant	Lettre Clé	Quantité	PU	Taux Pec	Prix Total
ACTES COTES EN C CONSULTATION DE GENERALISTE	10677	C	1	80,00	0,00	80,00
AUTRES ACTES COTES EN K : OXYGENOTHERAOIE PAR DEMI HEURE	10677	FURG15	1	100,00	0,00	100,00

Total Pharmacie :

24,35

Nature de Prestation	Tiers payant 1		Tiers payant 2		Part du patient	
	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH
C	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00	100,00
FURG15	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00
PHAMO	0,00	0,00	0,00	0,00	12,20	100,00
DM NON REMBOURSAB	0,00	0,00	0,00	0,00	12,15	100,00
TOTAL	0,00 Dhs	-	0,00 Dhs	-	204,35 Dhs	-

Montant dû : 204,35

Avances : 0,00

Montant Régulé : 204,35

Reste dû : 0,00

Avoir : 0,00

TOTAL FACTURE : 204,35 Dhs



مصلحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

Je présente facture de la part patient
à la somme de :

deux cent quatre Dirhams trente cinq Centimes

204,35 Dhs

EDITE LE : 16 avr. 2024 à 12:25

PAR : AIT NACEUR KHADIJA



$$\begin{array}{r} 204,35 \\ 71,8. \\ \hline 276,15 \end{array}$$