

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.

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'El
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+007510


203026

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00450 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : ZEGGANI Mohamed
 Date de naissance : 01.01.1948
 Adresse : 119 Hay Al Wahda, El Ahia
 20830 Mohammedia, Maroc
 Tél. : 0611035673 Total des frais engagés : 684,63 Dhs

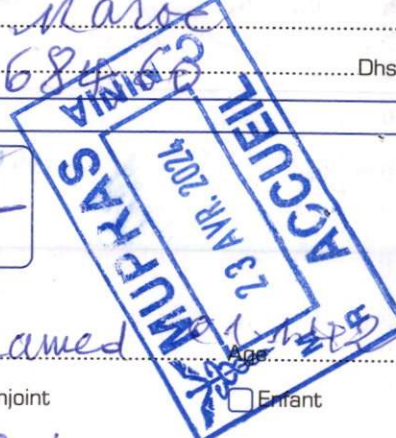
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 17/4/2024
 Nom et prénom du malade : ZEGGANI Mohamed
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : X ALD ALD Pathologie :
 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 : Mohammedia Le : 17/4/2024
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNIDP 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
15/04/24		6	6000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMAGE F. HASSAN Dr. BERRI Najat Ep. LBOUCHE N° 165, Bd. De la Résistance El Alia MOHAMMEDIA Tél. 05 23 28 76 61	12/04/24	34,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. F. HASSAN Mohammed INPE:10125	17/04/2024	Fch. 100m	650,00

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 :

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															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <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		CCEFFICIENT 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

وصفة
ORDONNANCE

FDS M23-007510

le 17/4/2024

Mr. Zeggari Mohamed.

34,60 ① Larix 40 →
2 cp / J pdt. 03 jours
puis 1 cp / J matin.

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


DR. EL ALIA
CARDIOLOGIE
Polyclinique CNSS
Mohammedia
Tél. 05 23 28 76 61

Vignette
au verso

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



LOT : 23E014
PER : 09/2027



الضمان الإجتماعي

+o.I.O.+ +o.I.O.+

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة ORDONNANCE



POLYCLINIQUE ADDAÏAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

MOHAMMEDIA

Mardi

le 15/4/2024.

Mr. ZEGGAMI Mohamed

Foie Jvp.

ETT.

Dyspnée.

[Signature]



Dr. FLITTAIA
CARDIOLOGIE
Polyclinique CNSS
Mohammédia
INPE 100 1494



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

Nom : LEGUANT Prénom : Mohamed

1) Date de la constatation de l'état de malade :

17/4/2024

2) Renseignements cliniques sommaires :

Dyspnée de
reper.

3) Traitement envisagé et actes :

ETT

2) Durée prévisible du traitement :

A

LE

17/4/2024

Signature

Pli à joindre à la D.E.P

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur :

FJS M23-007510

SERVICE D'IMAGERIE MEDICAL
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE- ECHOGRAPHIE DOPPLER
MAMMOGRAPHIE

M/2 **DEGGAN:**
Mohed

Compte rendu
ETI

17/4/2024

- * VG dilaté, Hypertrophie de paroi systolique Normal
- FEVG à 55%
- * Contractilité Normal
- * PRVG Normal.
- * Valves Aortiques Tricuspid de Remonies d'Ouverture Satisfaisante.
- * Valves Mitrales Calcifiées, IT modérées.
- * VD de taille I de paroi Systolique Normal.
- * IT permettant d'estimer PAPS à $28 + 10 = 38$ mmHg.
- * HTAP.
- * Massif auriculaire de taille Normal.
- * Cavités Cardiaques libres pour de Thrombus.
- * VCI fine I Normal.
- * Péricarde Sec.

CLC Cardio-géopathie Hypertensive à FEVG Préservée

Dr. FLITIAIA
CARDIOLOGIE
Polyclinique CNSS
Mohammedia
INPE: 101251494



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

FDS M23-007510

FACTURE N° : F240304646/P

N° classement : PAYANT - 4488



090001470

DATE FACTURE : 17-04-2024

Identification patient

N° IPP : 2400043462

Nom et prénom : ZEGGANI MOHAMED

N° d'admission : S240301184

Information

Date d'entrée : 17/04/2024 10:25

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

N° immatriculation : 00450

Service d'entrée : RADIOLOGIE

Date de sortie : 17/04/2024 10:38

N° immatriculation 2 :

Medecin Traitant : FLITI ALAA

Service de sortie : RADIOLOGIE

Nature de Prestation	Intervenant	Lettre Clé	Quantité	PU	Taux Pec	Prix Total
HN-RADIOLOGIE : ECHO-DOPPLER CARDIAQUE	M0600017	CX13	1	650,00	0,00	650,00
TOTAL						650,00 Dhs

Nature de Prestation	Tiers payant 1		Tiers payant 2		Part du patient	
	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH
CX13	0,00	0,00	0,00	0,00	650,00	100,00
TOTAL	0,00 Dhs	-	0,00 Dhs	-	650,00 Dhs	-

Montant dû :	650,00
Avances :	0,00
Montant Régulé :	650,00
Reste dû :	0,00
Avoir :	0,00

TOTAL FACTURE : 650,00 Dhs

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

six cent cinquante Dirhams

650,00 Dhs

EDITEE LE : 17 avr. 2024 à 10:38

PAR : AIT NACEUR KHADIJA

