



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-001033

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2572

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom :

FEU HAYDI BOUABID

Date de naissance :

Adresse :

Tél.

0674456542

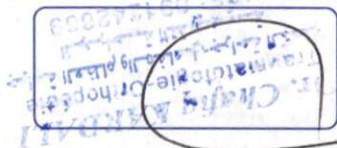
Total des frais engagés :

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 :

Fracture humérale d'

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.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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
28/03/24				<p>طبيب العظام والشفاء بالجران</p> <p>السياسة الصحية</p> <p>091242653</p>

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 des Honoraires
<p>Service Radiologie</p> <p>POLYCLINIQUE</p>	28/03/24	Z17	1708

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>Consul</p> <p>POLYCLINIQUE</p>	28/03/24		PS	5		014

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 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

- | | |
|------------------------------------|--|
| ○ 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.

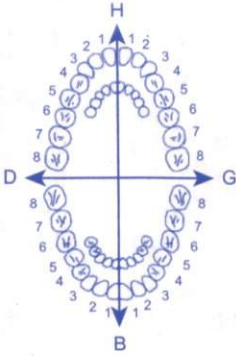
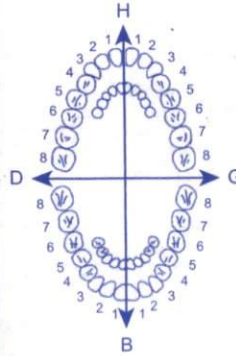
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<div>O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES</div> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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



الضمان الاجتماعي

+01108to+ loE8H

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE

18035

15 jours

19/03/2024

le :

Mouhrib Wajid

Rx Epaule

DTe / fac

Profil

avec l'orthèse + + +

(Conduite au Corps)

Boulevard AL Qods, Inara II - Aïn Chok - Casablanca

Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06



مصلحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

FACTURE N° :F240306254/P

N° classement : PAYANT - 5890



90001520

DATE FACTURE : 28-03-2024

Identification patient

N° IPP : 2400018035

Nom et prénom : MOUKHRIF NAJAT

N° d'admission : S240302129

Information

Date d'entrée : 28/03/2024 11:27
Organisme 1 : PAYANT (Payant)
Service d'entrée : RADIOLOGIE

Date de sortie : 28/03/2024 11:29
N° immatriculation 2 :
Medecin Traitant : DR BENNANI WAFAA
Service de sortie : RADIOLOGIE

Nature de Prestation	Intervenant	Lettre Clé	Quantité	PU	Taux Pec	Prix Total
ACTES DE RADIOLOGIE : ACTES DE RADIOLOGIE	-	Z	17	170,00	0,00	170.00
TOTAL						170,00 Dhs

Nature de Prestation	Tiers payant 1		Tiers payant 2		Part du patient	
	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH
ACTES DE RADIOLOGIE	0,00	0,00	0,00	0,00	170,00	100,00
TOTAL	0,00 Dhs	-	0,00 Dhs	-	170,00 Dhs	-

Montant dû :	170,00
Avances :	1285,10
Montant Réglé :	170,00
Reste du :	0,00
Avoir :	0,00

TOTAL FACTURE : 170,00 Dhs

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

cent soixante dix Dirhams

170,00 Dhs

EDITEE LE : 28 mars 2024 à 11:29

PAR : KAABAD Abderrahim



وصفة ORDONNANCE

le : 28/03/24

Moukt RIF MAYAT

Panset moy +
compresse + lane n° 11



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

cinquante Dirhams

50,00 Dhs

EDITEE LE : 28 mars 2024 à 12:28

PAR : BENZEROUAL Hajar

FACTURE N° :F240206282/P

N° classement : PAYANT - 5914



90001520

DATE FACTURE : 28-03-2024

Identification patient

N° IPP : 2400018035

Nom et prénom : MOUKHRIF NAJAT

N° d'admission : S240203474

Information

Date d'entrée : 28/03/2024 12:26

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

N° immatriculation : x

Service d'entrée : MÉDECINE GÉNÉRALE

Date de sortie : 28/03/2024 12:28

N° immatriculation 2 :

Medecin Traitant : **Mme. Admin Admin**

Service de sortie : MÉDECINE GÉNÉRALE

Nature de Prestation	Intervenant	Lettre Clé	Quantité	PU	Taux Pec	Prix Total
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX : ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX	-	MP	1	40,00	0,00	40.00

Total Pharmacie :

10

Nature de Prestation	Tiers payant 1		Tiers payant 2		Part du patient	
	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX	0,00	0,00	0,00	0,00	40,00	100,00
DM NON REMBOURSAB	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00	100,00
TOTAL	0,00 Dhs	-	0,00 Dhs	-	50,00 Dhs	-

Montant dû : 50,00

Avances : 1285,10

Montant Régulé : 0,00

Reste du : 50,00

Avoir : 0,00

TOTAL FACTURE : 50,00 Dhs



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 28/03/24

NOM & PRENOM : MOUKHRIF NAJAT

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : RX EPAULE DT F/P

- Clou centromédullaire en place au niveau de l'humérus droit.

Dr. Ouafae El Ghoul
Médecin Radiologue
Polyclinique CNSS - INARA
N°PE: 06.03.2024