

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.

Biologie 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.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 059625

ND: 50366

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8231 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : Mme KH ALIL
Date de naissance : 20/01/1966
Adresse : Habituelle
Tél : 06 13347050 Total des frais engagés : 20 DH 1000 DH Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 30/12/2020
Nom et prénom du malade : Monsieur Age: 54
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : Casablanca

Le : 30/12/2020

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
20/10/2014		5	12000	Dr. Youssef YACOBBI Médecin Généraliste INPE : 091183269

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	31/10/2020	TDN	10000 F

[illegible]

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div>Coefficient des Travaux</div> <div>Montants des Soins</div> <div>Début d'exécution</div> <div>Fin d'exécution</div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div> <div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> </div> <div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div>G</div> </div> <div>B</div> </div> <div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>			<div>Coefficient des Travaux</div> <div>Montants des Soins</div> <div>Date du devis</div>

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 canaux, ainsi que le bilan d

[illegible]

ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
DERB GHALLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

N° 010966

Nom du Ser
demandeur

NOM DU MALADE

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignement Clinique

Examen

Dr. Youssef YAQOUBI
Médecin Généraliste
INPE : 091183269

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1175299	N° SEJOUR : 200069535	FACTURE N° 2005043265	DATE D'ENTREE : 31/10/2020		DATE DE SORTIE : 31/10/2020	
ASSURE :			DESTINATAIRE : MOUSSAID, Narjiss			
MALADE : MOUSSAID, Narjiss		UF: 5002 URGENCES				
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :				
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :				
TIERS PAYANT 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :				
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 TDM	TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00

Intervenant : 01062017 DR SATOR HICHAM RADIOLOGUE	TOTAUX :	1000.00						1000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU:	1000.00						
DATE FACTURE : 31/10/2020	EDITEE LE : 31/10/2020	PAR: SAAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA	N° DE POLICE :		DATE AT :					
	Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef					
	BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31						



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallel

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 31/10/2020

Patient (e) : MOUSAID NARJISS

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE

Examen réalisé avec injection de produit de contraste.

RESULTAT

Absence de plage en verre dépoli.

Absence de nodule suspect décelable.

Absence de dilatation des bronches

Absence d'anomalie médiastinale.

Absence d'épanchement pleural ou péricardique.

CONCLUSION

TDM thoracique sans anomalie.

DR SATOR

Nichem SATOR
Radiologue

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)