

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, parodontologie 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

utiles

contact@mupras.com

pec@mupras.com

adhesion@mupras.com

ve à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-600986

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4976

Société :

R.A.M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

HAFID

Abdelh

Date de naissance :

11-06-

1964

Adresse :

Tél. :

0664 162459

Total des frais engagés :

447 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

RAYANE

Age :

16 ans

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 confidentiels à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-600986

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

4976

Nom de l'adhérent(e) :

HAFID

Total des frais engagés :

447 DHS

Date de dépôt :

07-11-2020

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
35533411	11433553									
(Création, Remont, adjonction)										
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession										

Visa et cachet du praticien attestant le soin	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
--------------------------------------------------	------------------------------------------------------

VOILET ADHERENT	NOM : HAFID	Mle 4976
DECLARATION N°	W18-383147	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	120 + 127 + 200	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-383147

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 4976	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom HAFID		Abdelaziz	
Fonction Mec. avions	Phones 0664162459		
Mail			

MEDECIN	Prénom du patient Rayane
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie	Date 07/11/2020
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances	

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
	127	120,00

PHARMACIE	Date 07/11/2020
Montant de la facture	127,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date 07-11-2020
Désignation des Coefficients ECAC	Montant détaillé des Honoraires 200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date
Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM PC IM IV	

وصفة
ORDONNANCE



07/11/2022
Le

Infant Hafid Dayes

47,20 / 1000 ml



1/2 litre

LOT : 1165
UT. AV : 05-25
P.P.V : 47 DH 20

1/2 litre

Lot: 190643
A consommer de
préférence avant le 10/2024
PPC: 79,90 DH

79,90
127,40
fau day
CS



THAKIB BEN CHEN LOUEN
Polyclinique CNSS / 0015474681000000

PHARMACIE AL
S. CHALAK H
Docteur en Pharmacie
Tél / Fax : 05 22 86 30 20
ICE CASABLANCA 564

CLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
VERB CHALLEF

N° 004954

DU MALADE

N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements Cliniques

Examen demandé

Resulau Abdul
Saud Abdul
Fauzan Abdul
de l'Arabie Saoudite

Ellofath
Abdul

Le Médecin Traitant

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON

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 : 1176870	N° SEJOUR : 200071673	FACTURE N° 2005044843		DATE D'ENTREE : 07/11/2020		DATE DE SORTIE : 07/11/2020				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : HAFID, Rayan		UF: 5002 URGENCES		HAFID, Rayan						
NOM JEUNE FILLE		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2										
REF. PC 1 :		N° SE, SOC, ETRANG. :								
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										
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 01072019 DR HASSEN SAMAH RADIOLOGUE	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
DEUX CENTS DHS		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU :	200.00					
DATE FACTURE : 07/11/2020	EDITEE LE : 07/11/2020	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					

N° IPP : 1176897	N° SEJOUR : 200071707	FACTURE N° 2005044876		DATE D'ENTREE : 07/11/2020		DATE DE SORTIE : 07/11/2020					
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : HAFID,Rayane							
MALADE : HAFID,Rayane											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.		CN	1.00	120.00	120.00					0.00 120.00	
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F											

Intervenant : 8072010 DR CHAKIB SAADIA	TOTAUX :	120.00						120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CENT VINGT DHS		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU :	120.00					
DATE FACTURE : 07/11/2020	EDITEE LE : 07/11/2020	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-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le 07/11/2020

Patient (e) : HAFID RAYANE

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

RESULTAT:

Foie homogène de taille normale de contours réguliers sans lésion focale décelable.
VB libre, à paroi fine.
VBIH et VBP non dilatées
TP perméable de calibre normal
Reins en place de taille normale de contours réguliers avec bonne différenciation cortico sinusale sans dilatation des cavités excrétrices.
Rate et tête du pancréas homogènes de volume normal.
Absence de masse ou de collection abdominale.
Vessie semi pleine à contenu transonore
Absence d'ascite.

CONCLUSION :

Examen ne révélant pas d'anomalie.

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

Dr. HASSEN Samah
RADIOLOGUE
INPE:091186148

