

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-587215

73236

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6412 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AM. NI ABDENBI
 Date de naissance : 3 8 1963
 Adresse : habituelle
 Tél. : 9095 Total des frais engagés : 213,06 DH + 72,40 + 200 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

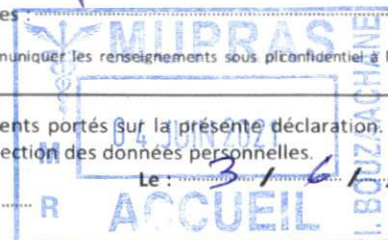
Dr. LAMRANI Abdelghani
Médecin Urgentiste
Polyclinique CNSS-INARA
Tél: 022.21.30.90 / 93

Date de consultation : 07/05/2021
 Nom et prénom du malade : AMINE ABDENBI Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Colère
 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 : 31/6/2021
 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
07/05/2021	C1		213,06	INP : 061125821 Dr. LAMRANI Abdelghani Médecin dentiste Polyclinique CNSS-INARA Tél: 022-21-30-90 / 93

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacieur ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHARMACHEN N° 600 LOTS HAMRA 2 AL COUS AIN CHOCK - CASABLANCA TEL: 05 22 50 65 10 / 06 22 21 02 18	05.2021	72,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

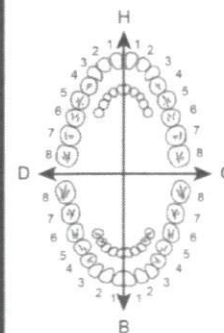
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/05/21	2C1A0	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

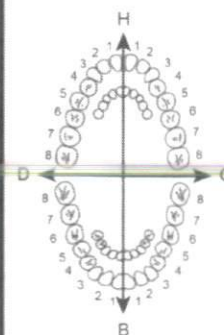
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

+06108+ +06108+

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة ORDONNANCE

مصلحة
POLYCLINIQUE



الإدارة II

INARA II

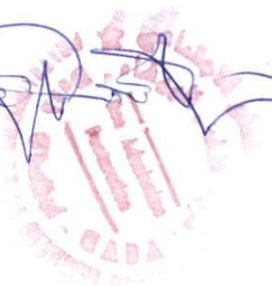
le 07/05/2021

Dr. LAMRANI Abdelghani
Médecin Urgentiste
Polyclinique CNSS-INARA
Tél: 022.21.30.90 / 93

N. AMINI ABDENB

ECHE - RENAP

Carly





الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة
ORDONNANCE

مصلحة
POLYCLINIQUE



الإنارة II
INARA II

le 07/05/2021

Dr. LAMRANI Abdelghani
Médecin Dentiste
Polyclinique CNSS-INARA II
Tél: 022.21.30.90 / 93

Dr. AMINE ABDEEN BS

CEDOL
22,00
37. 06.

22,00 / 1

Musfon, 80 mg
50,40
37. 06.

mediques de l'intest

PHARMACIE CHARIA CHEIKH FAR
N° 600 LOTS 18
AIN CHOK - CASABLANCA
22 50 65 10 / 06 22 21 02 18

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA
Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

N° IPP : 869510	N° SEJOUR : 210013318	FACTURE N° 2105003655	DATE D'ENTREE: 07/05/2021	DATE DE SORTIE: 07/05/2021
UF de présence: 5002	URGENCES			

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	PAYER 2 TOTAL MONTANT	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				213.06		21.00		0.00		213.06

Intervenant : 46071 DR LAMRANI ABDELGHANI	TOTAUX :	213.06		213.06				213.06
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT TREIZE DHS ET SIX CENTIMES	PLAFOND PC :	ACOMPTE					ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	213.06			AVOIR :	
	RESTE DU :	0.00						
DATE FACTURE : 07/05/2021	EDITEE LE : 07/05/2021	PAR: LAKHDI	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE: TE AT					
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA					
			BANQUE : BMCE - INARA					
			N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91					

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA

Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06

RDV : 0522-50-45-13

INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 869510 FACTURE N° N° SEJOUR : 210013318

FACTURE N° 2105003655

DATE D'ENTREE : 07/05/2021

DATE DE SORTIE : 07/05/2021

ASSURE :

MALADE : AMINI,Abdelnebi

UF: 5002 URGENCES

DESTINATAIRE :

AMINI,Abdelnebi

NOM JEUNE FILLE : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° IMMAT C.N.S.S. :

TIERS PAYANT 1 : N° SE. SOC. ETRANG.

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : N° SE. SOC. ETRANG. REF. PC 2 :

N° SE. SOC. ETRANG. :

NATURE DE PRESTATION COEF UNITAIRE TOTAL	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TIERS PAYANT 2 TOTAL MONTANT	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F 120.00	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER 7.50 11.25	AMI	1.50	7.50	11.25					0.00	11.25
PRODUITS PHARMACEUTIQUES										
METHYLPREDNISOLONE MERCK 120MG INJX 1AM 40.35	M197	1.00	40.35	40.35					0.00	40.35
MIDAZOLAM 1 MG/ML 1.00 7.87 7.87	M198	1.00	7.87	7.87					0.00	7.87
PROFENID 2 ML 1 AMP INJECT IM 5.62 5.62	P067	1.00	5.62	5.62					0.00	5.62
PARACETAMOL 10MG/ML PERF 12.84 12.84	P281	1.00	12.84	12.84					0.00	12.84
SPASFON 1 AMP INJECT 2.00 3.21 6.42	S026	2.00	3.21	6.42					0.00	6.42
FOURNITURES MEDICALES 8.71				8.71					0.00	8.71

Total à reporter

213.06

0.00

0.00

213.06

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 : 1213274	N° SEJOUR : 210034270	FACTURE N° 2105020228		DATE D'ENTREE : 07/05/2021		DATE DE SORTIE : 07/05/2021				
ASSURE :				DESTINATAIRE : AMINI,Abdelnebi						
MALADE : AMINI,Abdelnebi		UF: 5002 URGENCES								
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 : 20022017 DR JELLOULI OMAR RADIOLOGUE	TOTAUX :	200.00					200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS	PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
	REMISE :	0.00	REGLE :	200.00		AVOIR :	
	RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 07/05/2021	EDITEE LE : 07/05/2021	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 07/05/2021

Patient : AMINI ABDENEBI

ECHOGRAPHIE RENALE

- Reins en place, de contours réguliers, de taille normale et assez bien différenciés
- Pas dilatation des cavités excrétrices
- Petit kyste cortical polaire supérieur droit de 18 mm
- Uretères fins et pas de lithiase décelable
- Vessie semi pleine à contenu anéchogène

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

CONCLUSION :

- Petit kyste cortical polaire supérieur droit d'allure simple
- Pas de syndrome urinaire obstructif notamment à gauche

Dr Jellouli

Dr JELLOULI Omar
Médecin Radiologue
INPE : 101183531