

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 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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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° M21- 048750

82398

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1794 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAJD EL ARBI

Date de naissance : 01/01/53

Adresse : 91 BD SNARA H. ILY ABDELLAH CASA

Tél. : 06 61 24 11 48 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/21

Nom et prénom du malade : Najet Amine Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Lipome

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES SOINS 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
5/8/21				Dr. Abdelatif AOUSNI Chirurgien Dentaire Polyclinique INARA Tél: 0522 50 45 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL KHAYAM 24, Bd Semara Hy My Abdelah Inara Ain chock-Casablanca Tél: 0522 50 29 39	05/08/21	146,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE AL KHAYAM 24, Bd Semara Hy My Abdelah Inara Ain chock-Casablanca Tél: 0522 50 29 39	05/08/21	P-545	600,00 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

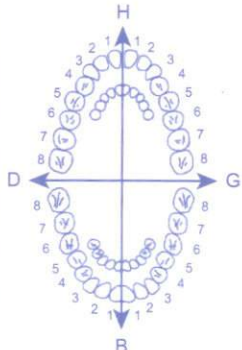
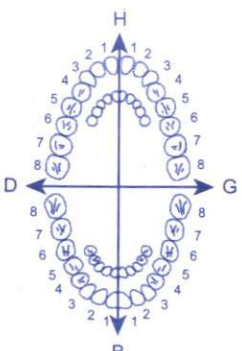
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
11/08/21	05/08/21	AM* P C IM IV	

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'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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



ملاحظة

0000877308 2 11/06/1960

MAJD

AMINA PC ASS

121002624

05/08/2021

CHR.GLE & VISCERALE

SALLE LIT



الإنارة II

INARA II

le 05-08-2021

1) Mb, 4

Florence T

123

PHARMACIE AL KHAYAM
24, Bd Soumaya Hy My Abdelah
Tél: 0522 50 29 39
Inara Ain Chok - Casablanca

3020

2) Nif 700

1466

Page 24

Dr. HOUSNI Abdelatif
CHIRURGIEN
0522 50 107 6547

Laboratoire d'Anatomie Et de Cytologie Pathologique

2 Mars Sounna

Dr NAOUMI Sanâa

Ancien Médecin au CHU

000877308 2 11/06/1960

MAJD

AMINA PC ASS

121002624

05/08/2021

CHR.GLE & VISCERALE

SALLE LIT



د. ناعومي سناء

خريجة كلية الطب والصيدلة الدار البيضاء
طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد

Fax : 05 22 82 74 88

hologie2marssounna@gmail.com

OLOGIQUE ET HISTOPATOLOGIQUE

Nom et Prénom du Patient :

Age :

Date du prélèvement :

Nature du prélevement : Biopsie ☐ Biopsie Exerese ☐ Pièce Opératoire ☐ Cytologie ☐

Siège du prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Antécédents :

Pour F C V et biopsie endométriale à visée hormonale :

Date des dernières règles :

Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Durée dy cycle :

Frottis conventionnel ☐ Vagin ☐

Exocol ☐ Endocol ☐

Frottis monocouche ☐

CBE ☐

Cachet et Signature du médecin :

2 مارس حي المسجد زنقة ب رقم 453 (أمام مسجد السنة)

Bd 2 Mars Hay El Masjid Rue B Imm 453 C. sablanca (en face Mosquée Sounna)



الضمان الاجتماعي

ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵓⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵓⴳⴷⴰⵢⵜ

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة
ORDONNANCE



الإدارة II

INARA II

le 01.09.2024

Majiel Amiaa

pst moyen

+

la presse

+

Réception CNSS n° 11



7



Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques
2 Mars Sounna

مختبر التشريح المرضي 2 مارس - السنة

Date de prélèvement : 05/08/2021
Date de réponse : 18/08/2021
Sexe : F
Age : 68 ans

Réf. : H2108-0505
Nom du patient : MAJD AMINA
Date de réception : 05/08/2021
Prescripteur : DR HOUSNI ABDELLATIF /

NATURE DU PRELEVEMENT

Lipome

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Il est parvenu trois masses, mesurant 5x3x1.5cm, 5.5x3.5x0.6cm et 6x4x1.5cm. A la coupe, aspect fibro-adipeux .
Histologiquement, il s'agit d'une prolifération fibro-collagène comportant des fibres élastiques fragmentées et amas adipocytaires réguliers . Il n'est pas vu d'atypie cyto-nucléaire ni de mitose anormale.

Conclusion:

- Aspect morphologique compatible avec un élastofibrome sans signe de malignité.

Dr. NACIM SALLA
Médecin Spécialiste en Anatomie
Pathologique et Cytologie

Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques 2 Mars Sounna

FACTURE

REF : FA210942

Casablanca, le 31/08/2021

Date de facturation	05 / 08 / 2021
Médecin traitant	DR HOUSNI ABDELLATIF
Patient	MAJD AMINA - 005614
Demande	2108-0505 - 05/08/2021

Liste des examens

A Payer	600,00	Dhs
coefficient-P	545	

Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENTS DIRHAMS ET 00 CENTIMES



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 :	270473	N° SEJOUR :	210026939	FACTURE N° 2102009289		DATE D'ENTREE : 01/09/2021		DATE DE SORTIE : 01/09/2021			
ASSURE :				DESTINATAIRE : MAJD,Amina . . .							
MALADE : MAJD,Amina											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE		MP	1.00	40.00	40.00					0.00	40.00
Pansement Moyen											
FOURNITURES MEDICALES					7.57					0.00	7.57

Intervenant :	146999 EQUIPE INFIRMIERS DES INFIRMIERS (INFIRMIER (ERE	TOTAUX :	47.57							47.57	
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
QUARANTE SEPT DHS ET CINQUANTE SEPT CENTIMES			REMISE :	0.00		REGLE :				AVOIR :	
			RESTE DU:	47.57							
DATE FACTURE : 01/09/2021			EDITEE LE : 01/09/2021		PAR: LAKHDA		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA							N° DE POLICE :				
							DATE 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				

