

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Consignes 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 canalaire, 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 canalaire.

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- 073011

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

02647

Société :

RAM

86454

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

RAHAB EL MANSOURI

Date de naissance :

28/10/1957

Adresse :

30, Bd. Ghandi 2009, EL VIARA

Tél :

06118251

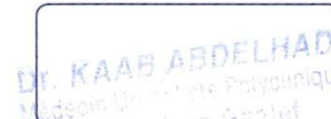
Total des frais engagés :

1759,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

11/08/2021

Nom et prénom de malade :

MANFRAH EL MANSOURI

Age :

60

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

PC R. phlébo. Dysme

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 :

11/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
21/11/08	2015	on	12015	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/08	630,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/11/08	2015	12015

AUXILIAIRES MEDICAUX

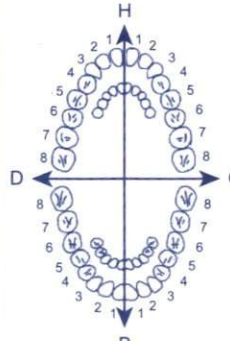
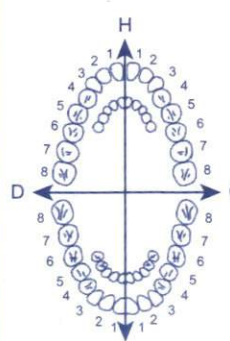
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



ORDONNANCE

Le 11/08/24

M. IMANOUA SOUAD

60,00 x 2

60,00

60,00

T1639,16

Mogro 600 12/11/6

28,00

1 ovum 600 11

19,50

Muehys Zinc 18/1

14,00

15,80

Cebemyl 100 12

80,00

Bioper 100 12

Documetol 12

12,00

Sancfi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
in souâ Casablanca
avanc 600mg, cp pel b7
.P.V.: 205,00 DH



118001 080830

15,80

A consumer de préférence avant fin:

IPHADERM
PPC - 80.00 DH
Lot: 107016
03/2024
6816476004
7600476004
806
906
806
906

5168

632

DR. KADABDELMHADI
Médecin Urgence Polyclinique
CNSS D'Alger Châtel
INPE: 41094228



وصفة
ORDONNANCE



Le 14/08/14

I MAMOUNA GHANEM

DLR +
+ Dytone

I M GHANEM GHANEM

Dr. e. u.

Casablanca le : 11/08/2021

Patient (e) : IMANSOURA SOUAD

Médecin prescripteur : DR KAAB

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE

Examen réalisé sans injection de produit de contraste.


RESULTAT

Foyers en verre dépoli avec condensation alvéolaire nodulaire des segments périphériques
Loges médiastinales libres.
Absence d'épanchement pleural.

CONCLUSION

Pneumopathie d'allure infectieuse : COVID évaluée à environ 25% du parenchyme pulmonaire

Dr CHERKAOUI AICHA



Dr. CHERKAOUI AICHA
MEDECIN RADIOLOGUE
I.F: 18798652

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 : 1233237		N° SEJOUR : 210062576		FACTURE N° 2105039551		DATE D'ENTREE : 11/08/2021		DATE DE SORTIE : 11/08/2021			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : IMANSOURA,Souad					
MALADE : IMANSOURA,Souad											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 : REF. PC 2 :											
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	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 261207 DR KAAB ABDELHADI (GENERALISTE)		TOTAUX :		120.00						120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU:	120.00					
DATE FACTURE : 11/08/2021		EDITEE LE : 11/08/2021		PAR: BAKHRI		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :		
						Réglement 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		

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 : 1233237	N° SEJOUR : 210062571	FACTURE N° 2105039546		DATE D'ENTREE : 11/08/2021		DATE DE SORTIE : 11/08/2021					
ASSURE :				DESTINATAIRE : IMANSOURA,Souad							
MALADE : IMANSOURA,Souad		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 :		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	
ACTES DE RADIOLOGIE TDM		TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00

Intervenant : 12092016 DR CHERKAOUI OMARI AICHA RADIOLOGUE		TOTAUX :		1000.00						1000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
MILLE				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU:	1000.00					
DATE FACTURE : 11/08/2021		EDITEE LE : 11/08/2021		PAR: BAKHRI		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				