

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-643879

87690

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

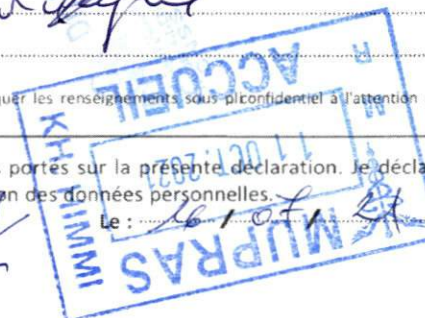
Matricule : 10639 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EC MADHOUS MED
 Date de naissance : 04-07-77
 Adresse : 67 Zoubeir 193 (1) n°4
 Tél. : 06 68 60 3988 Total des frais engagés : 330,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 16/07/2021
 Nom et prénom du malade : EC MADHOUS MED Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Su. Hypertension
 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 : 16/07/2021
 Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDR N° : A A 215/2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-643879

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 : 10639
 Nom de l'adhérent(e) : EC MADHOUS
 Total des frais engagés : 330,00
 Date de dépôt :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Étage 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

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
				INF : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
10/7-11		6	80	

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/07/21	125	140.00

[illegible]

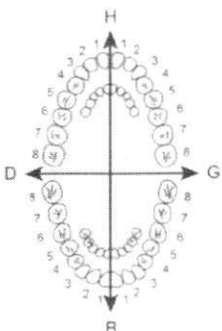
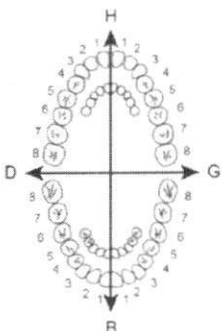
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة
ORDONNANCE



Le 16/07/2021

El Nadhouc Mohamed

Rx. Thorax ostéux

+ 3/4 gauche

Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur
Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM



Casablanca le : 16/07/2021

Patient (e) : MADHOUS MOHAMED

RX. POUMONS + GRILL COSTAL

Transparence parenchymateuse normale.

Absence de foyer parenchymateux de type évolutif notable.

Silhouette cardio médiastinale normale.

Culs de sac pleuraux libres.

Absence de lésions osseuses.

CONCLUSION

Radiographie pulmonaire et thorax osseux ne révélant pas d'anomalies.

DR BENBRAHIM

Dr. Abdellilah BENBRAHIM
Médecin Radiologue
Se...
CASABLANCA

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 : 1227816		N° SEJOUR : 210054744		FACTURE N° 2105033271		DATE D'ENTREE : 16/07/2021 DATE DE SORTIE : 16/07/2021						
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : EL MADHOUS,Mohamed						
MALADE : EL MADHOUS,Mohamed												
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		
ACTES DE RADIOLOGIE ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	25.00	10.00	250.00					0.00 250.00		
Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .					TOTAUX :	250.00					250.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
					REMISE : 0.00		REGLE :				AVOIR :	
					RESTE DU: 250.00							
DATE FACTURE : 16/07/2021 EDITEE LE : 16/07/2021 PAR: MOURAD					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					

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 : 1227816	N° SEJOUR : 210054746	FACTURE N° 2105033272		DATE D'ENTREE : 16/07/2021		DATE DE SORTIE : 16/07/2021					
ASSURE :				DESTINATAIRE :							
MALADE : EL MADHOUS,Mohamed		UF: 5002 URGENCES		EL MADHOUS,Mohamed							
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	NOMBRE	PRIX	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
		CLE	x COEF	UNITAIRE	TOTAL	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE GENERALISTE		C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00

Intervenant : 02012018 DR TALEB SOPHIA GENERALISTE	TOTAUX :	80.00						80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
QUATRE-VINGT DHS		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU:	80.00					
DATE FACTURE : 16/07/2021		EDITEE LE : 16/07/2021		PAR: MOURAD		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				

