

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

N° M21- 0006419

Optique *M1049* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *6181*

Société : *Royal Air Maroc*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *BOUCHARE Sain d*

Date de naissance : *26-12-1961*

Adresse : *N° 31 Rue Sidi Msahel*

Quaiier CHEIKH - Settat

Tél. : *0696075447* Total des frais engagés : *200,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Jihane EL BRINI
Rivage - Gynécologue

Autorisation CNIDP N° : A-A-215 / 2019

Date de consultation : *03/03/2022*

Nom et prénom du malade : *ANAFLOUS Fatima Ezzahra* Age : *32*

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 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 : *Sidi*

Le : *07/04/2022*

Signature de l'adhérent(e) : *SJD*

RELEVE 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
03/03/2022		CS		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/03/2022	200,00	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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'IRM.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SETTAT Le :

03/10/2022

NOM : *Anafloue Fatima*
PRENOM : *Ezzaline*
MEDECIN TRAITANT : DR. EL BRINI

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

⊕ Grossesse monofoetale évolutive estimée à SA selon la biométrie fœtale :

76 - 37 {

❖ BIP :

❖ LF :

- ⊕ Activités cardiaque et fœtale présentes
- ⊕ Liquide amniotique en quantité suffisante
- ⊕ Placenta fundique normalement inséré
- ⊕ Présentation céphalique

DR. EL BRINI JIHANE
Gynécologue
Obstétricienne

DR. EL BRINI

المملكة المغربية
Royaume de maroc



Le devoir de vous protéger

Bon d'Examen De RADIOLOGIE

Nº 022801

Nom du Service Médical
demandeur code

مصحة
POLYCLINIQUE
سطات
SETTAT

NOM DU MALADE *Antellos Rethma*

Ezzahra

Service

Renseignement cliniques

Examen demande



Le Médecin Traitant

Z=	PC=	K=	URGENT	RAPIDE	NON URGENT
----	-----	----	--------	--------	------------

24x30	36x43	35x35	18x24		Biffer les mention inutiles
-------	-------	-------	-------	--	-----------------------------

30x40	35x35	13x18	15x40		Total clichés =
-------	-------	-------	-------	--	-----------------

					Total poses =
--	--	--	--	--	---------------

5 - SETTAT
5000 SETTAT
5-34 Fax: 0523-40-22-61
 urgences : 0523-40-60-55
001757364000080 IF: 1602058



060001492

55 N° SEJOUR : 220005826

FACTURE N° 2203001935

DATE D'ENTREE : 03/03/2022 DATE DE SORTIE : 03/03/2022

ASSURE :

MALADE : ANAFLOUS, Fatima Ezzahra

UF: 5003 RADIOLOGIE

NOM JEUNE FILLE :

N° IMMAT C.N.S.S. :

TIERS PAYANT 1 :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

TIERS PAYANT 2 :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

ANAFLOUS, Fatima Ezzahra

REF. PC 1 : 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 : 08152 DR. EL BRINI JIHANE, GYNECOLOGUE OBST. TOTAUX : 200.00 200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DHS

PLAFOND PC : ACOMPTE :

REMISE : 0.00 REGLE : AVOIR :

RESTE DU: 200.00

DATE FACTURE : 03/03/2022

EDITEE LE : 03/03/2022 PAR: GUETAB

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA



N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT

BANQUE : BMCE - SETTAT

N° compte bancaire : 011 610 000001 2100060382 89



==,MNNM,MNNM,M JCNSS SE

03/03/22 07:01:42

ADM

MI 1.1

Tlb 0.6

4C

OB-2/3

FR 29

AO% 95

CHI

0

Frq

4.0

Gn

61

S/A

6/3

Cte

F/0

D

14.0

DR

75



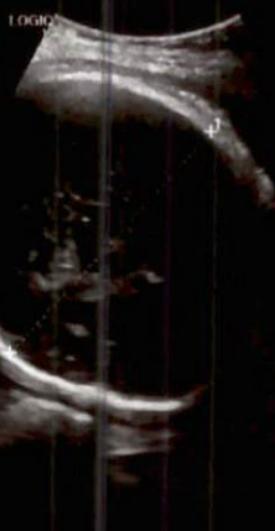
I LF 7.29 cm 37w2d
DAE 22/03/2022

36 - 37.8A



==,MNNM,MNNM,M JCNSS SE

03/03/22 07:00:39



I BPD 9.24 cm 37w4d
DAE 20/03/2022