

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.



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

Déclaration de Maladie
N° M20- 0002718

☒ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05483 Société : Ram 125701
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : A OUDANI SAID
 Date de naissance : 20/10/1963
 Adresse : Bloc 22 N° 936 DR BASSA H. H. CASABLANCA
 Tél : 0661 31 5354 Total des frais engagés : 320,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/07/2021
 Nom et prénom du malade : KARIM HAFID Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Traite de l'ald f h
 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 : 30/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
30/07/22		3	120	Dr. ZGUENDI Abderrahmane Service des Urgences Polyclinique

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

30/07/22 E. R. 200

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

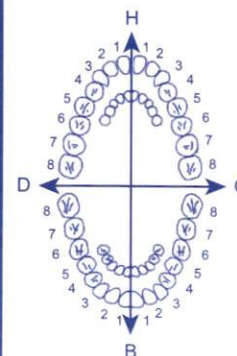
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

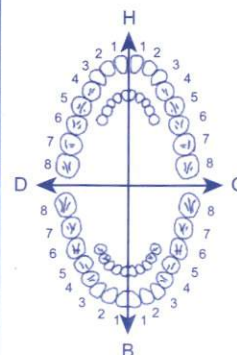
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

وصفة
ORDONNANCE



Le 30/7/2022

7. VARA7 HAFID

Tout



Echographie du Testicule de l'Homme

Dr. ZGUENDI Abderrahmane
Service des Urgences
Polyclinique CNSS Derb Ghallef

POLYCLINIQUE CNSS - 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 :	1311784	N° SEJOUR :	220066162	FACTURE N° 2203025916		DATE D'ENTREE : 30/07/2022		DATE DE SORTIE : 30/07/2022			
ASSURE :				DESTINATAIRE : KARAM,Hafida							
MALADE : KARAM,Hafida											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				UF: 5003 RADIOLOGIE							
REF. PC 1 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
		CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE											
ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : M0100018 DR CHAOUACHI RABEB	TOTAUX :	200.00							200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :						ACOMPTE	
DEUX CENTS DHS		REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
		RESTE DU:	200.00						
DATE FACTURE : 30/07/2022		ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA		N° DE POLICE : DATE AT :							
		Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef							
		BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA							
		N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31							



POLYCLINIQUE CNSS - 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 : 1311784	N° SEJOUR : 220066172	FACTURE N° 2205019416		DATE D'ENTREE : 30/07/2022		DATE DE SORTIE : 30/07/2022	
ASSURE :				DESTINATAIRE : KARAM,Hafida			
MALADE : KARAM,Hafida		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	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1	TIERS PAYANT 2	PART DU MALADE
	CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh
CONSULTATION DE MEDECIN.							
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00			0.00
							120.00

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX :	120.00					120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
CENT VINGT DHS	REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
	RESTE DU :	120.00					
DATE FACTURE : 30/07/2022	EDITEE LE : 30/07/2022	PAR: SAAD	ACCIDENT DE TRAVAIL				
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef			
			BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
			N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

POLYCLINIQUE CNSS
DERB GHALLEF CASABLANCA
CAISSE URGENCES



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

Casablanca le : 30/07/2022

Patient (e) : Mme KARAM HAFIDA

ECHOGRAPHIE DU TENDON D'ACHILLE GAUCHE

Le tendon d'Achille gauche est de calibre normal, de contours réguliers.

Absence d'image de rupture ou de fissure à son niveau.

Absence de collection profonde ou de calcification.

Infiltration minime de la graisse sous cutané sans collection notable

CONCLUSION

Echographie du tendon d'Achille gauche ne révélant pas d'anomalie.

Dr. CHAOUACHI Rabeb
Médecin Radiologue
INPE 091281709

