

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, parodontologie 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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-478037

13 14 89

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 10513 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LOUAFI SAID

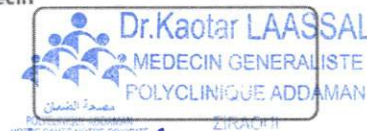
Date de naissance : 16/04/71

Adresse : LOT BLAD CHAMA 254 OULFA

Tél. : 06 68 66 58 66 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26 09 2022

Nom et prénom du malade : Louafi Said Age : _____

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

Nature de la maladie : Pathologie de connaissance + céphalées

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

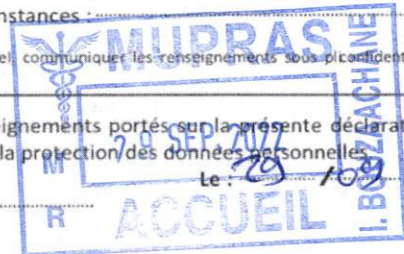
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 26 09 2022

Signature de l'adhérent(e) : _____



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
26/09/2022		C		INP : 001290860 Dr. Kaoutar LAASSAL MEDECIN GENERALISTE POLYCLINIQUE ADDAMAN

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
INP : 91036335 DR MASTOUR MOHAMED RADIOLOGUE POLYCLINIQUE	27/09/22		749 22000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 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

وصفة
ORDONNANCE

le 26/09/2022

M^r Louafi Said

Céphalées + perte de connaissance

Jeun SVP

I AM Cerebral

polyclinique CNSS Ziraoui


Dr. Kaouar LAASSAL
MEDECIN GENERALISTE
POLYCLINIQUE ADDAMAN
ZIRAOU



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

Casablanca le : 27/09//2022

Patient (e) : LOUAFI SAID

Médecin prescripteur : Dr

IRM CEREBRALE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUE : Epilepsie

TECHNIQUE : Axial FLAIR, T2 et T2*. Sagittal SE T1. Diffusion et ADC. Coupes fines coronales sur les aires hippocampiques ; Coupes anatomiques 3D fines , Fiesta 3D

RESULTAT :

- Absence d'anomalies de signal parenchymateux en sus ou sous tentoriel hormis des spot en hyper signal Flair sus tentoriel non spécifique
- Pas de processus expansif
- Structures médianes en place.
- Sillons corticaux, vallées sylviennes et système ventriculaire de taille et de morphologie compatible avec l'âge
- Fosse cérébrale postérieure sans anomalie.
- Citernes de la base libres.
- Pas de collection péri cérébrale
- Intégrité des aires hippocampiques sans atrophie localisée ni hypersignal cortical.
- Pas de malformation corticale décelable
- Absence d'anomalies du paquet acoustico facial

CONCLUSION :

- IRM cérébrale sans anomalies notables hormis des spots en hyper signal Flair sus tentoriel non spécifique

DR MASTOUR MOHAMED
Radiologue
CNSS, Derb Ghallef
INPE : 91036335

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 : 1325644	N° SEJOUR : 220085890	FACTURE N° 2203033781		DATE D'ENTREE : 27/09/2022		DATE DE SORTIE : 27/09/2022				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : LOUAFI,Said		UF: 5003 RADIOLOGIE		LOUAFI,Said						
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
ACTES DE RADIOLOGIE										
IRM(Y COMPRIS LES PRODUITS DE CONTRASTE)		IRM	1.00	2200.00	2200.00				0.00	2200.00
Intervenant : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED		TOTAUX :		2200.00						2200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :						ACOMPTE:		
DEUX MILLE DEUX CENTS DHS		REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :		
		RESTE DU:		2200.00						
DATE FACTURE : 27/09/2022		EDITEE LE : 27/09/2022		PAR: MOURAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA					N° DE POLICE :		DATE AT :			
					Réglement 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

IRM Cérébral