

# 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.

## 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° P19- 063148

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique **133389** ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1217** Société : **RAN**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **ZOUIN KADA**

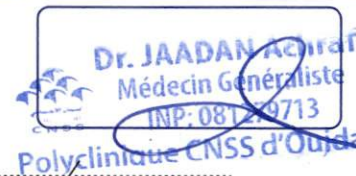
Date de naissance : **15/07/1950**

Adresse : **72 RUE DE KONE CASABLANCA**

Tél. : **056741888** Total des frais engagés : **555,78** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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

Nature de la maladie : **Plaie du 5<sup>e</sup> doigt**

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 : **05/08/22** Le : **12/10/22**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



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
09/09/22		2x 1/8	358,48	 Dr. JAADAN Achraf Médecin Généraliste INP: 081279713 N.S.S. d'Oujda

CHU de Nîmes - Clinique

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien		
----------------------	--	--

Facture du Pharmacien, ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
---	------	-----------------------

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du	Désignation des	Montant
------------------------	-----------------	---------

Sceau et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montants des Honoraires
---	------	---------------------------------	----------------------------

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature	Date des	Nombre	Montant détaillé
---------------------	----------	--------	------------------

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	ES	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 :**


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

--	--	--	--	--

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient

					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>

						MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>




DEBUT  
D'EXECUTION

GRF	DETERMINATION DU COEFFICIENT	
-----	------------------------------	--

U.D.F.		DETERMINATION DU COEFFICIENT		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px;"></div>
PROTHESES DENTAIRES		MASTICATOIRE			
H		H			
		25533412	21433552		
		00000000	00000000	G	
D		00000000	00000000		

6 7 8 6 7 8

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة  
**ORDONNANCE**



Le \_\_\_\_\_  
Nom et Prénom du malade

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21, rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 47DH30

- Urgence 24/24h
- Radiologie 24/24h
- Médecine -  
Générale
- Pédiatrie
- Médecine Interne
- Gastro-Hépat-
- Entérologie
- Réanimation-
- Ophtalmologie
- Chirurgie  
Infantile
- Chirurgie  
générale
- Traumato-
- Orthopédie
- Gynéco  
obstétrique
- Laboratoire
- D'analyses
- Neurologie
- Urologie
- Dermatologie
- ORL
- Hémodialyse
- Néphrologie
- Cardiologie
- Oncologie

4830

Beliedine In Le

 **Pharmacie La Polyclinique**  
28 Bd Echouhada - Oujda  
Tel : 05 36 68 49 48





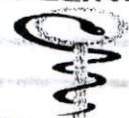
المملكة المغربية  
ROYAUME DU MAROC



# BILLET D'EXAMEN RADIOLOGIQUE

DATE.....

POLYCLINIQUE



06 SEPT 2022

Oujda

NOM DU MALADE

Zouin Kader 06 SEPT 2022

N° DOSSIER.....

ETIQUETTE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

TR  
104  
15

EXAMEN DEMANDE

RX  
main g  
11 Profil  
Cathédon 5 day



Dr. JAADAN Achraf  
Médecin Généraliste  
HP: 0812/9713  
Polyclinique CNSS d'Oujda

MEDECIN TRAITANT

Z=	PC=	K=	URGENT	RAPIDE	NON URGENT
24X 30	36X 43	35XX35	TOTAL CLICHES		
30 X 40	35 X35	13 X 18	TOTAL POSES		
		18 X 24			
		15 X 40			

Etiquette numéro de dossier	ORDANNANCE INTERNE				POLYCLINIQUE DE LA SECURITE SOCIALE			
					Service.....			
	CODE SERVICE			CODE	NOM:.....			
	CU	CD	CS	MEDECIN	ET PRENOM:.....			
Réf.99.20.011					DU MALADE:.....			
NOM DU PRODUIT PHARMACEUTIQUE	POSOLOGIE(Facultative)			CODE NOMENCLATURE	QUANTITES PRESCRITES LIVREES		PRIX UNITAIRE	MONTANT
				S003	01			
				C71005	02			
				EM8004	02			
				C78039	06			
				C78010	06			
				C7C2M	01			
				L02A	01			
<b>Dr. JAADAN Achraf</b> LE MEDCIN NOM:..... Signature	PHARMACIE TAMPON CODE Signature			PHARMACIE CENTRAL CODE Signature		Informatique		<b>TOTAL</b>

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT :

1) Date de la consultation :

2) Renseignements cliniques sommaires :

Plaie du 1<sup>er</sup> doigt

3) Traitement envisagé et actes :

Suture  
K11 → A400

4) Durée prévisible du traitement :

OUJDA

le. / /

Dr. HADAN Achraf  
Médecin Généraliste  
MP: 081279713  
Polyclinique CNSS d'Oujda

Signature



POLYCLINIQUE C.N.S.S - OUJDA

Bd Echouhada

60000 OUJDA

Tél: 0536-68-50-49 Fax: 0536-68-60-11

INPE: 080001480 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	380598	N° SEJOUR :	220029646	<b>FACTURE N° 2205018618</b>		DATE D'ENTREE : 07/09/2022		DATE DE SORTIE : 07/09/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : ZOUIN,Kada				UF: 5002 URGENCES		ZOUIN,Kada				
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		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00
<b>ACTES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE</b>										
ACTE DE CHIRURGIE	KC	11.00	22.50	247.50					0.00	247.50
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>				55.10					0.00	55.10
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				55.88					0.00	55.88

Intervenant : 10716 DR JAADAN ACHRAF (GENERALISTE)	TOTAUX :	508.48					508.48
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CINQ CENT HUIT DHS ET QUARANTE HUIT CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :	508.48		AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 07/09/2022	EDITEE LE : 07/09/2022	PAR: JIJJI	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :		
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - OUJDA		
			BANQUE :		BMCE - OUJDA		
			N° compte bancaire :		011570000013210006052792		

# POLYCLINIQUE DE LA SECURITE SOCIALE

## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle-Mammographie-Radiologie Interventionnelle  
Echo-Doppler-Couleur

Tel :036685049

Nom : ZOUIN

Date: 07 /09 /22

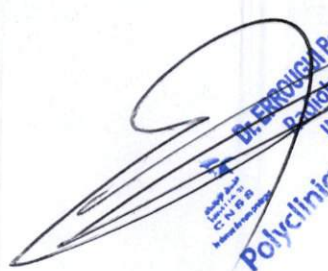
Prénom : KADA

Médecin Demandeur :

### RADIOGRAPHIE DE LA MAIN G

Fracture de l'extrémité distale de la 3<sup>ème</sup> phalange du 5<sup>ème</sup> doigt gauche

- Respect des parties molles péri-articulaires.

  
Dr. ENOUCHE Badr-Nouredine  
Radiologue Vézétairie  
INP: 061258972  
Polyclinique CNSS d'Oujda



## SAHAM ASSURANCE

Compostage n° (Relevé)	Date d'envoi Facture	Regr	N° Facture	N° Séjour	Exe	Date facture	Montant facturé	Règlement	Reste à régler	Nom & prénom du Malade	Nom & prénom de l'Assuré	Matricule	Date Entrée	Date Sortie	Réf. PEC	Régime du Tiers payant
---------------------------	-------------------------	------	------------	-----------	-----	--------------	-----------------	-----------	----------------	------------------------	--------------------------------	-----------	-------------	-------------	----------	------------------------