

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

M22- 0013736

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3094 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAQLACH RKIA
Date de naissance : 01/01/1951
Adresse : Rue Jules Grosseville Calina n°6
OASIS Casablanca
Tél. : Total des frais engagés : 687,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 OCT, 2022
Nom et prénom du malade : Laplac R RKIA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection ORL
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

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 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
26.10.22	S		1500F	
27.10.22	KIKN		337500F	

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/10/22	Bent	200

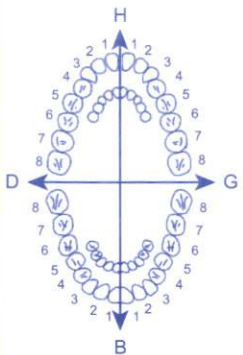
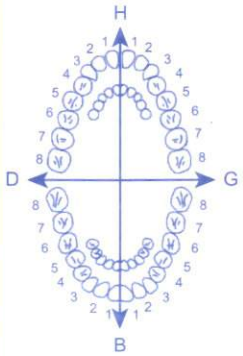
[illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">H</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 2px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 2px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
					DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
					DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE



Le 27 OCT, 2021

The Lagbach Rkia

Opérée p. Lohoucheckes G
en 1981

→ Echo audiale.



Dr. H. Boukhalaf
Spécialiste en ORL - Rhinologie
Laryngologie et Otorhinologie
Cervico-faciale

Note confidentielle
(A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom da l'assuré (e) :

Numéro d'immatriculation:

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que l'assuré(e) :

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom da médecin traitant :

INPE et code à barres* :

04 4 87 389
/ / / / / / / / / /

Date de la consultation: / / / / / / / / / /

Diagnostic et motif des soins:

Dysplasie

Antécédents et facteurs de risque :

Examen clinique à l'admission :

Résultats des bilans para cliniques :

Libellé et nature des soins :

Naso RIS

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /

Fait à :

Le :

Signature et cachet du médecin traitant

*Accoler l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

Adresse OG :

Tél. :

Fax :



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 27/10/2022

Patient (e) : LAQLACH RKIA

Prescripteur : DR SOULDI

ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

ATCD d'isthmo-lobectomie gauche.

Le lobe droit mesure : 15 mm x 13 mm x 40 mm soit un volume 4,4cc soit un volume de 4,4cc.

Le lobe droit est de taille normale, homogène sans lésion focale.

Glandes parotides et sous maxillaires sont de volume normal, de contours réguliers et d'échostructure homogène.

Absence d'adénopathies cervicales.

CONCLUSION

Lobe droit de taille normale et homogène.

DR BENBRAHIM

Dr. Abdellah Benbrahim
Médecin Radiologue
Polyclinique CNSS DERB GHALEF
INPE 21076783

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 : 1332326	N° SEJOUR : 220095699	FACTURE N° 2202023431		DATE D'ENTREE : 24/10/2022		DATE DE SORTIE : 24/10/2022				
ASSURE :				DESTINATAIRE : RKIA,Laqlach						
MALADE : RKIA,Laqlach		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 13092017 DR SOULDI HAJAR OTO-RHINO LARYNGOLOGISTE	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 24/10/2022	EDITEE LE : 24/10/2022	PAR: IMANE	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

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 : 1333314	N° SEJOUR : 220097216	FACTURE N° 2203038355		DATE D'ENTREE : 27/10/2022		DATE DE SORTIE : 27/10/2022	
ASSURE :				DESTINATAIRE :			
MALADE : LAQLACH,Rkia		UF: 5003 RADIOLOGIE		LAQLACH,Rkia			
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
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 18102013 DR BENBRAHIM ABDELILAH (RADIOLOGUE)	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 : 27/10/2022	EDITEE LE : 27/10/2022	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 URGENTES

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 : 1333314	N° SEJOUR : 220097168	FACTURE N° 2205028167		DATE D'ENTREE : 27/10/2022	DATE DE SORTIE : 27/10/2022
ASSURE :		DESTINATAIRE :		LAQLACH,Rkia	
MALADE : LAQLACH,Rkia		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 :		N° SE. SOC. ETRANG. :			
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
AUTRES ACTES COTES EN K										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	15.00	22.50	337.50					0.00	337.50

Intervenant : 13092017 DR SOULDI HAJAR OTO-RHINO LARYNGOLOGISTE	TOTAUX :	337.50					337.50
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
TROIS CENT TRENT SEPT DHS ET CINQUANTE CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE :	337.50	AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00				
DATE FACTURE : 27/10/2022	EDITEE LE : 27/10/2022	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			



CNSS DERB GHALLEF
27/10/22 05:33:05

ADM RKIA,
27/10/22 05:31:58

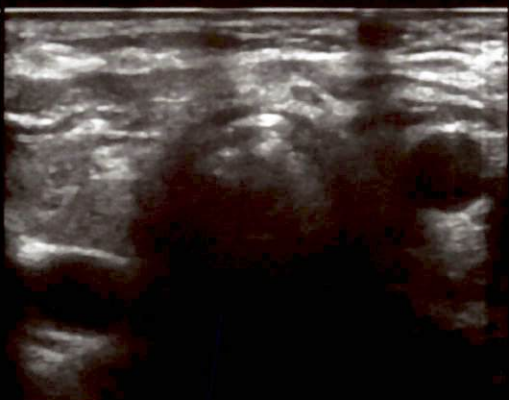
MI 1.2 TIs 0.5

9L

Thyroïde

FR 55
AO% 100

LOGO
P9



ChH
Frq 10.0
Gn 72
S/A 5/5
Cte A/D
D 3.5
DR 69

1"

2"

3"

4"

5"

6"

7"

8"

9"

10"

11"

12"

13"

14"

15"

16"

17"

18"

19"

20"

21"

22"

23"

24"

25"

26"

27"

28"

29"

30"



CNSS DERB GHALLEF
27/10/22 05:32:58

ADM RKIA,
27/10/22 05:31:58

MI 1.2 TIs 0.5

9L

Thyroïde

FR 55
AO% 100

LOGO
P9



ChH
Frq 10.0
Gn 72
S/A 5/5
Cte A/D
D 3.5
DR 69

1"

2"

3"

4"

5"

6"

7"

8"

9"

10"

11"

12"

13"

14"

15"

16"

17"

18"

19"

20"

21"

22"

23"

24"

25"

26"

27"

28"

29"

30"

