

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-721202
143922

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricole : 7342		
Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		
Nom & Prénom : Chouki HASSAN		
Date de naissance : 27/02/1968		
Adresse : 30 RIBITUEULE		
Tél. : 0601915343		
Total des frais engagés : 507,00		

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D'RABANI Abé
Polyclinique C
Derb Ghalle
INP: 09111750

Date de consultation : 16/10/2022

Nom et prénom du malade : Chouki 16088027

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie : Mpectos urologique

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'attendeur.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : 16/10/2022

Autorisation CMDP N° : A-A-215/2019

RADIO-RAS Centre Alital-Des Abdellah - Champs Elysées - Avenue Des Belles Artes - B.P. 1000 - Casablanca - Maroc - 20000

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
16/10/2022	CP	120,00	INP : [Signature]	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Chartier 19, place Charles de Gaulle 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 04	16/10/22	140.00

ANALYSES - RADIographies

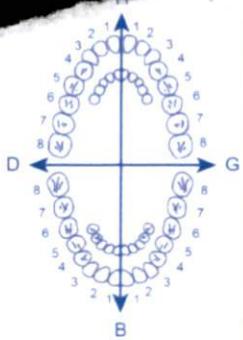
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
La Clinique 50 Almonaster 05 22 47 56 44 crétariat	16.10.22	B10	217,10

AUXILIAIRES MEDICAUX

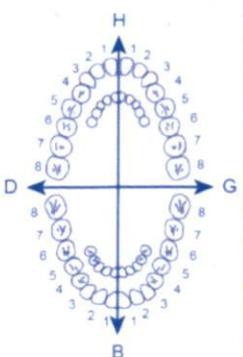
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

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'EXE



درب غلف

DERB GHALLEF

وَصْفَةُ ORDONNANCE

Le

Worke'

Hasson

170.00

offenen 200

merely $\times 58j$

S.V.

D'RABAH Abdeltif
Polycliniq
Dernier CNSS ref
INP: 09117507



زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف
Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 16 /10/2022

Chouki
168807

ECR4



Mr CHOUKI Hassan
27-02-1968
2210163040



SUR CAHIER
MEDECIN

D'RABANI Abdeltif
Polyclinique CNSS
Derb Ghallef
INP: 091117507

LABORATOIRE CASALAB PALMIER SCP

Dr. Mohammed BEZZARI

Médecin Biologiste

Diplômé de l'université Catholique
de Louvain à Bruxelles, Belgique



مختبر
التحليلات الطبية

Dr. Kaoutar OUAZZANI

Pharmacienne Biologiste

Diplômée de l'université Paris Descartes
Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

FACTURE N° 2210163040

LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 16/10/2022

INPE : 093002574

Mr Hassan CHOUKI

Demande N° 2210163040

Date de l'examen : 16/10/2022

Récapitulatif des analyses	
Analyse	Clé
RECEPTION URINES	E0
Cytologie. Culture. Identification	B90
ATBU	B60

Total des B : 150
Total à payer : **217.50** Dirhams

Arrêtée la présente facture à la somme de :

deux cent dix-sept dirhams cinquante centimes

*(HN) = analyse hors nomenclature



LABORATOIRE CASALAB PALMIER SCP

Dr. Mohammed BEZZARI

Médecin Biogiste

Diplômé de l'université Catholique
de Louvain à Bruxelles, Belgique



مختبر التحليلات الطبية

Dr. Kaoutar OUAZZANI

Pharmacienne Biogiste

Diplômée de l'université Paris Descartes
Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

« Ceci est un mail seul le résultat papier fait foi »

File Number/ Dossier N° : 2210163040

Results of/ Résultats de : **CHOUKI Hassan**

Date of birth/ Date de naissance : **27/02/1968**

ID Number /N° CIN : **BE81452**

Mme/Mr Le DR Prescripteur Médecin

Edition on/Edition du : 17/10/2022

File registered on/Dossier enregistré le:

16/10/2022 à 14:53

Dear colleague, we thank you for your trust and we will send you the results of your patient.
Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

Compte-rendu complet

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Recueil	2ème jet		
Aspect	Légèrement trouble		
		29/03/2022	
Leucocytes	50 / mm ³	(0-10)	4
Hématies	6 / mm ³	(0-1)	<1
Cellules épithéliales	Rares		
Cylindres	Absence		
Cristaux	Absence		
Levures	Absence		
Examen direct	Absence de germes		

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Cultures	Stériles.
Numération 1	<10 ⁵ UFC/ml

Biological validation by/ Validation biologique par : Dr M. BEZZARI

Dr K. OUAZZANI

2210163040 – CHOUKI Hassan





N° IPP : 1330271	N° SEJOUR : 220092696	FACTURE N° 2205027046				DATE D'ENTREE : 16/10/2022		DATE DE SORTIE : 16/10/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		CHOUKI,Hassan		
MALADE : CHOUKI,Hassan		UF: 5002 URGENCES				N° IMMAT C.N.S.S :				
NOM JEUNE FILLE :										
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
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00 120.00	

Intervenant : 06112011 DR RABANI ABDELTIF (GENERALISTE)		TOTAUX :		120.00						120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		CENT VINGT DHS		PLAFOND PC :						ACOMPTE:
				REMISE :	0.00	REGLÉ :				AVOIR :
				RESTE DU :	120.00					
DATE FACTURE : 16/10/2022		EDITEE LE : 16/10/2022		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 URGENCES

NOUVELLE DEMANDE

NOUVELLE DEMANDE

Mr CHOUKI Hassan

M 27-02-1968BE81452

2210163040

Date/Heure

Préleveuse :

-PRELEVEMENT -

ATBU, CTRL, ECBU