

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.

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° W21-779207

169223

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8610 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AFIE ABDEL KHALEK

Date de naissance : 02/11/1970

Adresse : 102 Nassim Iclane Casablanca

Tél. : 060 9993197 Total des frais engagés : 516,86 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Jaouad Chouaib
Chirurgien Pédiatre
Clinique CNSS
Mère - Enfant
INPE: 001042375

Date de consultation : 01 Aout 2023

Nom et prénom du malade : AFIE ABDEL KHALEK Age : 13

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

Nature de la maladie : Fred art en 8610

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 102 Nassim Iclane

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 01/05/2023

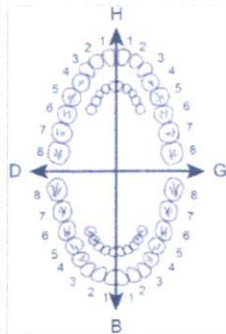
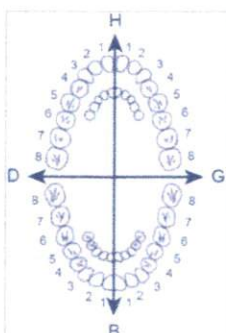
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
01/05/2023		1	190 DH	INP : <input type="text"/> Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
8/5/2023		1		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MABROUNI Hakim 1, Bd. Oum Rabil Oulfa - Casablanca Tél: 05 22 93 20 25	01/05/23	2680

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/05/23		1650 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Montant détaillé des Honoraires			
		AM	PS	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 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			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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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														



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

صفحة
ORDONNANCE



مصحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

HAY HASSANI

le 8/5/2023

Afif Med Ali



Dr. Jaouad Chouaib
Chirurgien Pédiatre
Clinique CNSS
Mère - Enfant
INPE : 091042275

وصفة
ORDONNANCE

Le 1.5.2023

0000170333 1 16/05/2010
AFIF
MED ALI RAM
123001720 01/05/2023
CHIRURGIE
SALLE LIT

A
M
C
S

26,80 Algeth 9 eff

S.V

19 x 315 (31)

Dr. Jaouad Chouaib
Chirurgien Pédiatre
Clinique CNSS
Mère - Enfant
INPE : 001042275

PHARMACIE HAY EL MATAR
Dr. EL MABROUKI Hakim
1, Bd. Oum Rabii Oulfa - Casablanca
Tél.: 05 22 93 20 26

الجالشيل

ALGANTIL® 200 mg 20 comprimés effervescents

PPV 26DH80 EXP 01/2026
LOT 2N045 1

المصاحم
أبوبوفين 200 ملغم
20 قرصا فاعلا

INDICATIONS THERAPEUTIQUES:

- Maux de tête - Douleurs accompagnant les syndromes ORL et stomatologiques -
Courbatures - Etats grippaux - Douleurs dentaires - Affections fébriles.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION:

Réservé à l'adulte (à partir de 12 ans)
1 à 2 comprimés effervescents à 200 mg en dose initiale, puis 1 comprimé effervescent
toutes les 6 heures sans dépasser 1200 mg/24 heures. Les comprimés effervescents
doivent être dissous dans un verre d'eau, et pris de préférence au cours des repas.

CONTRE-INDICATIONS, PRECAUTIONS D'EMPLOI, EFFETS INDESIRABLES:

Voir notice



ALGANTIL®
Ibuprofène 200 mg
DOULEURS
MAUX DE TÊTE

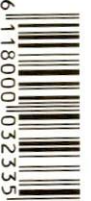
20 comprimés effervescents

FORMULE:

Ibuprofène 200 mg
Excipient qs. 1 comprimé effervescent
Cette boîte contient 4.000 g d'ibuprofène.

Tube à conserver bien fermé à l'abri
de la chaleur et de l'humidité
Ne pas laisser à la portée des enfants
Évitez l'alcool pendant le traitement.
Ne prenez pas d'autres médicaments sans avis médical.

ALGANTIL® 200 mg
20 comprimés effervescents



6 118000 032335

30x58x78
2



AMM N° 1186 DM/P/21
مختبر الجالشيل
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'ANASSER EL KHAYMA - ALGER
CARTAGENA - MADRID



Le 18/05/2010

BULLETIN DE SORTIE

COLLER UNE ETIQUETTE
AU NOM DU PATIENT

0000776555 1

AFIF

MED ALI RAM

123001720

CHIRURGIE

SALLE LIT

NOM ET

N° SEJOUR

01/05/2023

Date d'entrée :

Date de sortie : 28/05/23

Heure de sortie :

☒ TRANSFERT VERS UNE AUTRE POLYCLINIQUE

☐ NORMALE

☐ CONTRE AVIS DU MEDECIN

☐ PROVISOIRE

☐ DECES



Date de retour : 1/5/2023

Date de décès : apres ed avec Rx

Observations du Médecin

fract, dist de 2 n de l'est bon biche
reducte / plate n Affr.

Partie réservée au patient
SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL

Je soussigné, déclare sortir sur ma propre initiative et contre l'avis du médecin et de ce fait dégage la polyclinique et le médecin de toute responsabilité quant aux conséquences découlant de cette sortie.

Date : Signature :

MEDECIN TRAITANT

Date : 1/5/23

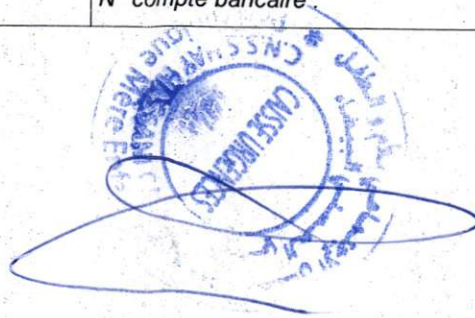
Signature :





N° IPP : 776551		N° SEJOUR : 230013404		FACTURE N° 2305004781		DATE D'ENTREE : 01/05/2023		DATE DE SORTIE : 01/05/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE : AFIF, Med Ali							
MALADE : AFIF, Med Ali											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :				UF: 5002 URGENCES							
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETRE 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 SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F		CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00

Intervenant : 114007 DR. CHOUAIB JAWAD		TOTAUX :		190.00						190.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT QUATRE-VINGT DIX DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	190.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 01/05/2023				EDITEE LE : 01/05/2023		PAR: KAMILY		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA								N° DE POLICE :		
								DATE AT :		
								Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT		
								BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR		
								N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49		



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

MEDECIN DEMANDEUR
DR :

Nom : AFIF
Prénom : MOHAMED ALI
DATE : 08-05-23

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE : AVANT BRAS
GAUCHE F/P

RESULTATS

- Fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche sous plâtre.

DR. BENKIRANE
MEDECIN RADIOLOGUE
CNSS H. HASSANI

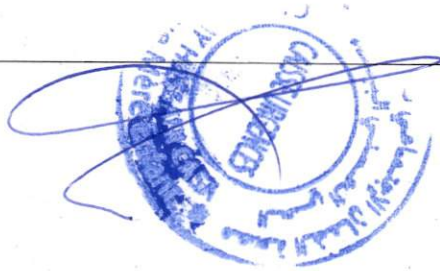


POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT
 Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI
 20200 CASABLANCA
 Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71
 INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 776551		N° SEJOUR : 230014354		FACTURE N° 2303004264		DATE D'ENTREE : 08/05/2023		DATE DE SORTIE : 08/05/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE : AFIF, Med Ali							
MALADE : AFIF, Med Ali											
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 CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	15.00	10.00	150.00					0.00 150.00	

Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO .		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 : 08/05/2023		EDITEE LE : 08/05/2023		PAR: KAMILY		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE : DATE AT :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT				
						BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR				
						N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49				



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

MEDECIN DEMANDEUR
DR :

Nom : AFIF
Prénom : MOHAMED ALI
DATE : 02-05-23

EXAMEN RADIOLOGIQUE : AVANT BRAS GAUCHE F/P

RESULTATS :

- Fracture métaphysaire distale des os de l'avant bras gauche.

PR OUZIDANE
MEDECIN RADIOLOGUE
PHH CNSS





N° IPP : 776551		N° SEJOUR : 230013401		FACTURE N° 2303003972		DATE D'ENTREE : 01/05/2023		DATE DE SORTIE : 01/05/2023		
ASSURE :				DESTINATAIRE : AFIF, Med Ali						
MALADE : AFIF, Med Ali										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :						
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
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										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO .	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 : 01/05/2023	EDITEE LE : 01/05/2023	PAR: KAMILY	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT			
			BANQUE :		BMCE - YAACOUB ELMANSOUR			
			N° compte bancaire :		011 780 0000 71 210 00 60070 49			



TAD3



BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

AGIF

Red ALI

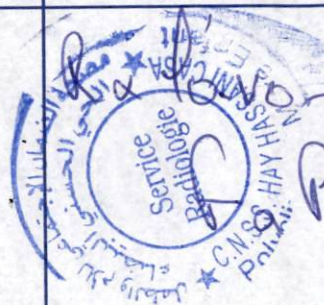
le 05.23

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Examen demande

- chute



bras G

Le médecin traitant M. CHOCAIB

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24 x 30

36 x 43

35 x 35

18 x 24

Biffer les mentions inutiles

30 x 40

35 x 35

13 x 18

15 x 40

Total clichés =

Total posés =

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

AGIF Med ALI

le d - 05. 23

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

chute

X

Examen demande

Rx fémur gauche
01/05/23
FAP

Le médecin traitant

D. CHOCQIB

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24 x 30

36 x 43

35 x 35

18 x 24

30 x 40

35 x 35

13 x 18

15 x 40

Biffer les mentions inutiles

Total clichés =

Total posés =