

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 388 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Allal Ben Abdellah

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age :

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

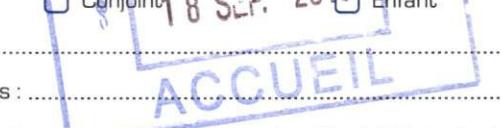
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

S = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
PSY = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
N = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
D = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
C = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
D = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
D = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
C = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
C = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

REVENTORIUM

1 JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit

des actes répétés en plusieurs séances ou actes
comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Si les actes d'urgence échappent à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX / 05 22 91 26 52

TELEX / 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 035914

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *Mifdal Abdelkader*

Matricule : *388* Fonction : *Rehau* Poste :

Adresse :

Tél. : Signature Adhérent : *Mifdal*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *Mifdal Abdelkader* Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : *Acfa Hxa epizy*

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A , le / / Signature en cas de rejet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

65m: 0991 66 29 00
DR. ATLAS Cardiologue
Signature en cas de rejet du médecin

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 035914

Matricule N° : *388*

Nom du patient : *Mifdal Abdelkader*

Date de dépôt : *250 + 190 + 176 014*

Montant engagé : *5*

Nombre de pièces jointes :



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
15/09/19	4 ECG		28000	Dr. LAB Mustafa Gsm: 0661 06 20 00
15/09/19	EN		12000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Service des Urgences Polyvalentes M&C Ruth Ra Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/09/13	B16 =	120,90

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalai ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

وصفة
ORDONNANCE



درب غلب
DERB GHALLEF

Le 15 09 19

Dr. Mifdal Azzelkader

TP
DINR
TCA
NFS



4



N° IPP : 162977 N° SEJOUR : 190061034

FACTURE N° 1905043079

DATE D'ENTREE : 15/09/2019 DATE DE SORTIE : 15/09/2019

ASSURE :

MALADE : MIFDAL,Abdelkader

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. : 192207424

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

MIFDAL,Abdelkader

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 BIOLOGIE										
ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE	B	160.00	1.10	176.00					0.00	176.00

Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES .

TOTALS :

176.00

176.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT SOIXANTE SEIZE DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE :

AVOIR :

RESTE DU: 176.00

DATE AT :

DATE FACTURE : 15/09/2019

EDITEE LE : 15/09/2019

PAR: FENANI

ACCIDENT DE TRAVAIL :

N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA

N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31

VISA

POLYCLINIQUE C.N.S.S - 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 :	162977	N° SEJOUR :	190061053	FACTURE N° 1905043099				DATE D'ENTREE :	15/09/2019	DATE DE SORTIE :	15/09/2019
ASSURE :								DESTINATAIRE :	MIFDAL,Abdelkader		
MALADE :	MIFDAL,Abdelkader				UF:	5002 URGENCES					
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :	192207424					
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 DE CARDIOLOGUE + ECG	CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00	

Intervenant :	210104 DR ATLAB MUSTAPHA (CARDIOLOGUE)	TOTAUX :	250.00							250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	DEUX CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR :	
DATE FACTURE :	15/09/2019	EDITEE LE :	15/09/2019	PAR:	FENANI	RESTE DU:	250.00			
VISA						ACCIDENT DE TRAVAIL :			DATE AT :	
						N° DE POLICE :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
						BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
						N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31			



N° IPP : 162977	N° SEJOUR : 190061054	FACTURE N° 1905043100				DATE D'ENTREE : 15/09/2019		DATE DE SORTIE : 15/09/2019		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		MIFDAL,Abdelkader		
MALADE : MIFDAL,Abdelkader		UF: 5002 URGENCES								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. : 192207424								
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 : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)			TOTALS :		120.00					120.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
CENT VINGT DHS			REMISE :		0.00	REGLE :				AVOIR :	
			RESTE DU:		120.00						
DATE FACTURE : 15/09/2019			EDITEE LE : 15/09/2019		PAR: FENANI		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA							DATE AT :				
							Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
							BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
							N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31				

LABORATOIRE D'ANALYSE DE BIOLOGIE MEDICALE
CNSS DERB GHALLEF

Date du prélèvement : 15-09-2019 à 12:56

Code patient : 1909150014

Né(e) le : ()

IPP : 162977



Mr MIFDAL Abdelkader

Dossier N° : 1909150014

Prescripteur :

EXTERNE

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

(SYSMEX XN-450)

Leucocytes

5 830 /mm³

(4 000–10 000)

Hématies

4.51 10⁶/mm³

Lignée érythrocytaire

Hémoglobine	13.7	g/dL	(12.0–17.0)
Hématocrite	41	%	(37–52)
VGM	91	fl	(80–95)
TCMH	30	pg	(28–32)
CCMH	33	%	(30–35)

Formule leucocytaire

Neutrophiles	61.5 %	soit	3 585.45 /mm ³	(2 000.00–7 500.00)
Eosinophiles	2.7 %	soit	157.41 /mm ³	(100.00–400.00)
Basophiles	1.0 %	soit	58.30 /mm ³	(0.00–150.00)
Lymphocytes	25.0 %	soit	1457.50 /mm³	(1 500.00–4 000.00)
Monocytes	9.8 %	soit	571.34 /mm ³	(200.00–800.00)

Numération plaquetttaire

Plaquettes	174 000	/mm ³	(150 000–400 000)
Volume Plaquettaire Moyen	11.4	fl	(6.0–11.0)

HEMOSTASE

TEMPS DE QUICK

Temps du témoin	13	sec.	(70–100)
Temps du patient	41	sec.	
Taux de prothrombine	19	%	(70–100)
INR	4.1		

Temps de céphaline activé

Temps Témoin	35	s	
Temps Patient	53	s	(28–42)
Rapport	2		

Validé par : assad issam
Page 1 / 1

زنقة الضمان - درب غلاف - الدار البيضاء - الهاتف: 20 05 22 86 30 05 إلى 27 - فاكس: 05 22 86 42 05

Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 05 22 86 30 20 - Fax: 05 22 86 42 05

Id : _____

15/09/2019 12:36:38

Indéfini --- (--) Indéfini
Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

FC: 72 bpm
PR: --- ms
QRS: 92 ms
QT/QTcH: 416/437 ms
QTcB: 456 ms
QTcF: 442 ms

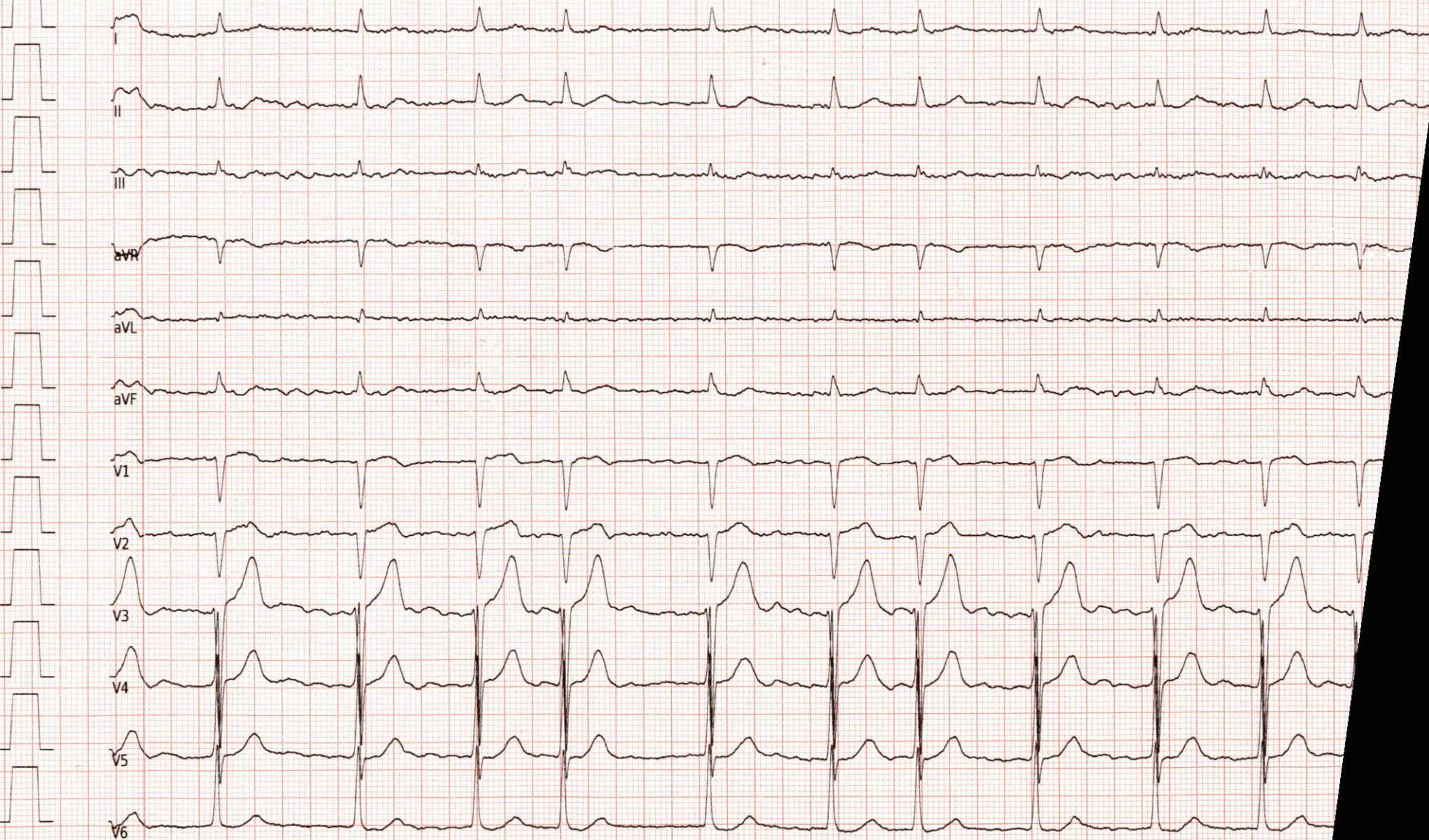
Rv5-6/Sv1 : 2.13--- mV
Sok-Lyon : 2.13 mV
Axe: ---/50/27 °

RAPPORT NON CONFIRMÉ

Méd. :

Technicien :

Commentaires :



Dép. : _____

25mm/s 10mm/mV 0.05-25Hz/50Hz Cardioline ECG200+ v.2.01.5558