

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothésaire :

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

éclaration : 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

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0014157**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1381 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : RAJIL Mohamed Date de naissance : 19.5.0

Adresse : 96, 09 addamane - Im. 96 Apt 7 Anchcock Etat

Tél. : 06.11.96.07.05 Total des frais engagés : 360,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/10/19

Nom et prénom du malade : RAJIL AHALAM Age : 20 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection adhésion

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 : ASA

Signature de l'adhérent(e) :



**ACCUEIL**

## 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
05/09/1992	C	1	150000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

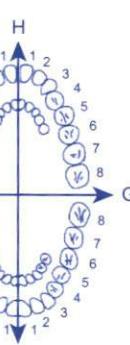
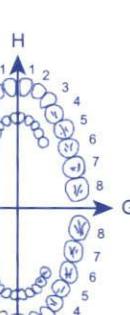
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EX

Docteur Amal BOUSSOF

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

Nutrition - Régime Spécialisé

Gynécologie Médicale - ECG

الدكتور أمل بوصوف

الطب العام

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى (التلفزة)

التغذية - تخطيط القلب - الحمية (ريجيم)

طب النساء

Casablanca, le : 03/09/2019 الدار البيضاء، في :

Mme. A. Ram Rajil

Fam SVP

- Rx non non



الدكتور أمل بوصوف  
Echographie - Nutrition - Régime Spécialisé  
Gynécologie Médicale - ECG  
806, Bd Qods 1er Etage  
Casablanca - Tél.: 05 22 87 27 74  
Aïn Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 87 27 74

806, شارع القدس الطابق الأول الشقة 2 - حي منظرونا - الدار البيضاء - الهاتف : 806, Bd El Qods - 1er Etage, Appt. 2 - Hay Mandarouna - Aïn Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 87 27 74

# Docteur Amal BOUSSOF

Médecine Générale

Diplômée en Echographie  
Nutrition - Régime Spécialisé  
Gynécologie Médicale - ECG

# الدكتور أمل بوصوف

الطب العام

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى (التلفزة)  
ال營養 - تخطيط القلب - الحمية (ريجيم)  
طب النساء

Casablanca, le : 03/09/2019 الدار البيضاء، في :

Hélle. Ahlam Raji'el

Fam SVP

- Examen gynéco-  
gyné

de sellas

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES  
MEDICALES  
Dr. Houda Othmani - Biologiste  
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods  
Quartier Ondes - Ain Chock - CASABLANCA  
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39  
NPB: 093061596

الدكتور أمل بوصوف  
Médecine Générale  
Echographie - Nutrition - Régime Spécialisé  
Gynécologie Médicale - ECG  
236, Bd Qods 1er Etage K - Ain Chock  
Casablanca - Tél: 05 22 87 27 74

# Laboratoire OTHMANI D'Analyses Médicales

Dr. Houda OTHMANI

N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Omaria, Ain Chock - Casablanca

Tél : 0522212211 - Fax : 0522212239 - E-mail : othmani.laboratoire@gmail.com

## Facture

N° facture : 2019-2593

Édité le : 05/09/2019

Patient : Mlle RAJIL Ahlam

Date prélèvement : 04/09/2019

Analyses	Valeur en B	Montant
PARASITOLOGIE DES SELLES ( une selle )	40	48,00
<b>Total B</b>	40	48,00
<b>APB</b>	1,0	15,00
<b>Majoration de garde</b>		
<b>Total</b>		50,00

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES  
MEDICALES  
Dr. Houda Othmani - Biologiste  
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods  
Quartier Omaria - Ain Chock - CASABLANCA  
Tél: 05 22 21 22 11 - fax: 05 22 22 39  
e-mail: othmani.laboratoire@gmail.com



N° IPP : 817112 N° SEJOUR : 190038985

FACTURE N° 1903013406

DATE D'ENTREE : 05/09/2019

DATE DE SORTIE : 05/09/2019

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : RAJIL,AhlaM

RAJIL,AhlaM

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S. :

TIERS PAYANT 2 :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	16.00	10.00	160.00					0.00	160.00

Intervenant : 46087 DR KCHIOUCHA OUFAE

TOTALS :

160.00

160.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT SOIXANTE DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE :

AVOIR :

RESTE DU: 160.00

DATE FACTURE : 05/09/2019

EDITEE LE : 05/09/2019 PAR: MACHHO

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA



N° DE POLICE :

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

BANQUE :

BMCE - INARA

N° compte bancaire :

011.780.0000 54 210 00 60 016 91

## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

### COMPTE RENDU

DATE : 05/09/19

**NOM & PRENOM : RAJIL AHLAM**

**MEDCIN TRAITANT :**

**EXAMEN : RX POUMON**

- ❖ Absence de lésion pleuro - parenchymateuse d'allure évolutive.
- ❖ Silhouette cardio- mediastinale normale.
- ❖ Pas d'anomalie du cadre osseux.

#### CONCLUSION

Image thoracique normale.

DR