

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

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

Déclaration : 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 Mohammed Date de naissance : 1950

Adresse : 96, OP addamane - Im 96 Apt 7 An Chock Cas

Tél : 0611960705 Total des frais engagés : 360,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/09/2019

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

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

Nature de la maladie : Affection chronique

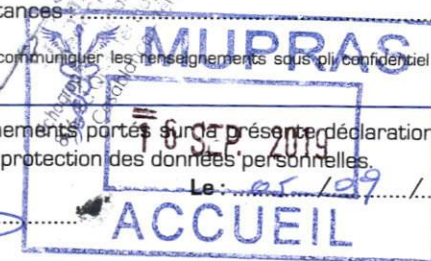
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA Le : 05/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :



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
05/10/19	C	15	1500DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
05/09/19			
06/09/19			50,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	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 :

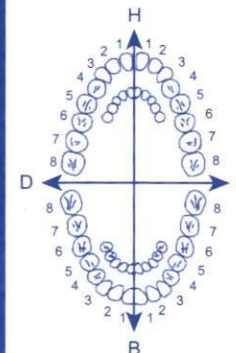
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC

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	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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'EXECUTION

Docteur Amal BOUSSOF

Médecine Générale

* Diplômée en Echographie
Nutrition - Régime Spécialisé
Gynécologie Médicale - ECG

الدكتور أمل بوسف
T&O
الطب العام

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى (التفزة)
التغذية - تخطيط القلب - الحمية (ريجيم)
طب النساء

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

Mlle. Ahrkam Rajil

Faire SUP

- Rx pour mon



الدكتور أمل بوسف
BOUSSOF
Echographie - Nutrition - Régime Spécialisé - Gynécologie Médicale - ECG
806, Bd. El Qods 1er Etage, Apt. 2 - Hay Mandarouna - Ain Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 87 27 74

Docteur Amal BOUSSOF

Médecine Générale

▼ **Diplômée en Echographie**
Nutrition - Régime Spécialisé
Gynécologie Médicale - ECG

الدكتور أمل بوسف

الطب العام

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى (التفزة)
التغذية - تخطيط القلب - الحمية (ريجيم)
طب النساء

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

Mlle. Aïcha Rajil

Faire SVP :

- Examen *gynécologique*
de sds

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES
MEDICALES - Biologiste
Dr. Houad Othmani - Résidence El Qods
N°2, Bd El Qods - Ain Chock - CASABLANCA
Quartier Oudida - 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39
Tel: 05 22 21 22 11 - TNPB: 093061596

أمل بوسف
Amal BOUSSOF
Médecine Générale
Nutrition - Gynécologie Médicale
Echographie - 1er Etage A - Ain Chock
806, Bd. El Qods - Casablanca - Tél: 05 22 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

Edité 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
Total B	40	48,00
APB	1,0	15,00
Majoration de garde		
Total		50,00

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES
MÉDICALES
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 21 22 39
Rég. 093061596

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA

Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06

RDV : 0522-50-45-13

INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 817112	N° SEJOUR : 190038985	FACTURE N° 1903013406		DATE D'ENTREE : 05/09/2019		DATE DE SORTIE : 05/09/2019					
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : RAJIL,Ahlam							
MALADE : RAJIL,Ahlam											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
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	16.00	10.00	160.00					0.00	160.00

Intervenant : 46087 DR KCHIOUCHA OUAF AE	TOTAUX :	160.00						160.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
CENT SOIXANTE DHS		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU :	160.00					
DATE FACTURE : 05/09/2019	EDITEE LE : 05/09/2019	PAR: MACHHO	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :				
		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 POU MON

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

CONCLUSION

Image thoracique normale.

DR