

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.

Ordonnance :

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

Educateur :

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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

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° P19-0041007

☐ Maladie

☐ Dentaire

N° D:
13131

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11677

Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUIDI ELMOSTAFA

Date de naissance : 01/01/78

Adresse : 32 LOT ELWAF2 Route BEN AHMED SETTAT

Tél. : 0660688685 Total des frais engagés : 350 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 7/10/18

Nom et prénom du malade : BOUIDI MOHAMED TAHA

Age : 38 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : boiterie avec douleur de la

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 : CMN

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
4/10/19				Dr OKBA Nadia Médecin Chef du C.S. El Kassam

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr JELLOULI Omar Médecin Radiologue INRE : 101180331 Dr JELLOULI Omar Médecin Radiologue INRE : 101180331	07-10-19	2, 15	150, 00 200, 00

AUXILIAIRES MEDICAUX

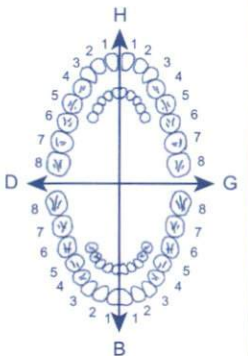
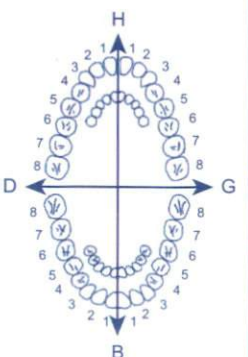
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

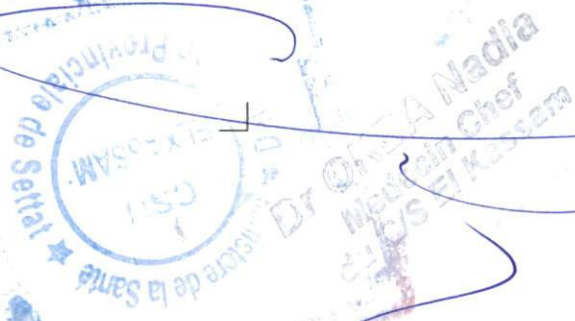
ORDONNANCE

A Le *Straus & Hrolyg*

Nlou

Rx de bassin fac.

e chuo graphu au Haudu



POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT
 CHARII AL MASSIRA 26000 SETTAT
 Tél: 0523-40-12-33/40-35-34 Fax: 0523-40-22-61
 RDV : 0523-72-02-64 Urgences : 0523-40-60-55
 INPE: 060001492 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

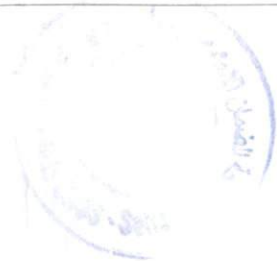


060001492

N° IPP :	225534	N° SEJOUR :	190023478	FACTURE N° 1903006948		DATE D'ENTREE :	07/10/2019	DATE DE SORTIE :	07/10/2019
ASSURE :				DESTINATAIRE : BOUIDI, Mohamed Taha					
MALADE : BOUIDI, Mohamed Taha									
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	LETTR 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										
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant :	08184 DR. JELLOULI OMAR, RADIOLOGUE	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS			PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
			REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :		
			RESTE DU :	200.00					
DATE FACTURE :	07/10/2019	EDITEE LE :	07/10/2019	PAR :	GUETAB	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>			
VISA						N° DE POLICE :	DATE AT :		
Règlement à effectuer à l'ordre de :						POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT			
BANQUE :						BMCE - SETTAT			
N° compte bancaire :						011 610 000001 2100060382 89			



POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT
 CHARII AL MASSIRA 26000 SETTAT
 Tél: 0523-40-12-33/40-35-34 Fax: 0523-40-22-61
 RDV : 0523-72-02-64 Urgences : 0523-40-60-55
 INPE: 060001492 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 225534	N° SEJOUR : 190023465	FACTURE N° 1903006947		DATE D'ENTREE : 07/10/2019		DATE DE SORTIE : 07/10/2019				
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : BOUIDI, Mohamed Taha						
MALADE : BOUIDI, Mohamed Taha										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :								
NATURE DE PRESTATION	LETTR 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 RADIOLOGIE RADIO	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU :	150.00					
DATE FACTURE : 07/10/2019	EDITEE LE : 07/10/2019	PAR: GUETAB	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :				
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT				
		BANQUE :		BMCE - SETTAT				
		N° compte bancaire :		011 610 000001 2100060382 89				

SETTAT Le 07/10/2019

NOM : BOUIDI
PRENOM : MOHAMED TAHA

RADIOGRAPHIE DU BASSIN DE FACE

- Pas de lésion osseuse focale suspecte
- Pas de solution de continuité osseuse décelable
- Intégrité des interlignes articulaires
- Respect des parties molles

Dr Jellouli

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE CONFIANCE.

Dr JELLOULI Omar
Médecin Radiologue
INPE : 101183531

SETTAT Le 07/10/2019

ECHOGRAPHIE DE LA HANCHE GAUCHE

NOM : BOUIDI
PRENOM : MOHAMED TAHA

RESULTATS :

- Lame d'épanchement intra articulaire gauche
- Bonne congruence articulaire
- Pas d'anomalies tendineuses
- Pas de collection circonscrite
- Respect des corticales osseuses

AU TOTAL :

- Lame d'épanchement intra articulaire gauche pouvant rentrer dans le cadre d'un rhume de hanche vu le tableau et l'évolution clinique ; à corrélér au reste des données notamment évolutives

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE CONFIANCE.

Dr Jellouli

Dr JELLOULI Omar
Médecin Radiologue
INPE : 101183531