

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

- Reclamation : 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° W19-432712

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3218 Société : 23969

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Beljib Zaina

Date de naissance : 18/12/54

Adresse : Maroc El M. 39 Wt. Gafale

Tél. : 066138956 Total des frais engagés : 358,46 DHS

Cadre réservé au Médecin

Dr. Faraj OUNAJIM
Médecin - Vacataire
Sec. des Urgences
Polyclinique CNSS - AGADIR

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/01/20

Nom et prénom du malade : BELJIB - ZAINA Age : 64 ans

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

Nature de la maladie : Colique néphrétique

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 : Agadir Le : 03/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-432712

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3218

Nom de l'adhérent(e) : Beljib Zaina

Total des frais engagés : 358,46 DHS

Date de dépôt :

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 Règlement des Actes	
03/01/90	an		158,46	Dr. Faraj Ould Aliou Médecin - Vaccinateur Secr. des Urgences Hôpital CHSS - Adjamé	INP : 158,46

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RADIOLOGIE N°129 - Angle Rue de Av. Al Moukawama Tel: 05 26 84 36 26	3/11/20	INP: 041133224 E 20	200,00

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

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

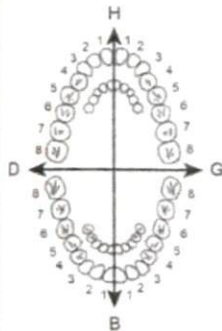
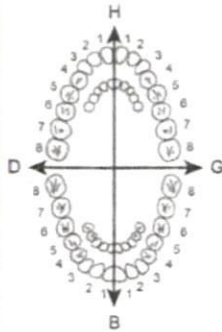
المحل
Mâroc

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est : Le dentiste traitant la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.C.F.

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"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25532412</td> <td>21432532</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25532412	21432532	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25532412	21432532										
	00000000	00000000										
	B											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Radiologie Numérisée - Echographie - Echo Doppler - Mammographie Numérique 3D et Tomosynthèse
Scanner multibarette - Ponctions guidées (Scanner, Echo) - IRM Haut Champ 1,5T - Ostéodensitométrie - Panoramique dentaire

الدكتور رشيد طنطوي - الأستاذ عبد الله عبد الوافي - الدكتورة منية الملقف - الدكتور عمر الخيالي

Dr. Rachid TANTAOUI - Pr. Abdellah ABDELOUAFI - Dr. Mounia EL MOULATTAF - Dr. Omar EL KHAYALI

03/01/2020
Agadir, le :

Facture N° 13/0120

Identité : **BELID ZAINA**

Examen : **ECHO K20**

Montant : **200,00** ...Dhs.

DEUX CENTS DIRHAMS

Dr.

RADIOLOGIE RYAD ACHIFAE
N°129, Angle Rue de Marrakech et
Av. Al Moukawama, AGADIR
Tél : 05 28 84 36 26



Radjologie Numérisée - Echographie - Echo Doppler - Mammographie Numérique 3D et Tomosynthèse
Scanner multibarette - Ponctions guidées (Scanner, Echo) - IRM Haut Champ 1,5T - Ostéodensitométrie - Panoramique dentaire

الدكتور رشيد طنطوي - الأستاذ عبد الله عبد الوافي - الدكتورة منية اللطيف - الدكتور عمر الخيالي
Dr. Rachid TANTAOUJ - Pr. Abdellah ABDELOUAFI - Dr. Mounia EL MOULATTAF - Dr. Omar EL KHAYALI

Agadir, le :03/01/2020

Médecin demandeur : DR

Mme. BELJID ZAINA

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE :

Les reins sont en place habituelle, de taille normale de contours réguliers avec une bonne différenciation cortico-médullaire. Minime dilatation des cavités pyélocalicielles droites et de l'uretère en rapport avec un calcul de 6 mm du méat urétéral.
Pas de dilatation des cavités rénales gauches.

Le foie est de volume normal, de contours réguliers. Son parenchyme est homogène sans image nodulaire.

Le tronc porte est perméable ainsi que ses branches intrahépatiques et les veines sus-hépatiques.

Les voies biliaires intra et extra-hépatiques ne sont pas dilatées.

Absence d'épanchement péritonéal.

CONCLUSION :

Syndrome obstructif rénal droit par calcul de 6mm du méat urétéral avec faible retentissement en amont.

Dr. Rachid TANTAOUJ

Radiologue

abinet de Radiologie RYAD ACHIFAE

Imm. Achtouk, N° 129 Angle rue de Marrakech
et Av. Al Moukawama, Agadir

Tél: 05 28 84 36 26 - Fax: 0528 84 36 00

DR TANTAOUJ

ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
AGADIR

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

Nom du service Médical
demandeur code

NOM DU MALADE

BELGID - ZAINA

N° C.N.S.S ou Mutuelle

03/01/20

IPP-085188

Renseignement Clinique

Examen demandé

Colique néphrétique

RADIOLOGIE RVAB
N°129. Angle Rue de Marrakech
Av. Al Moukawanna - AGADIR
Tél. 05 28 94 14 76

Biographie abdominale

Le Médecin Traitant

Dr. Faraj OUNAJIM
Médecin - Vacataire
Sec. des Urgences
Polyclinique CNSS - AGADIR

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24x30

36x43

35x35

18x24

30x40

35x35

13x18

15x40

Biffer les mentions inutiles

Total clichés =

Total posée =

POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR

Extension : Rue Moulay Youssef

80000 AGADIR

Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24

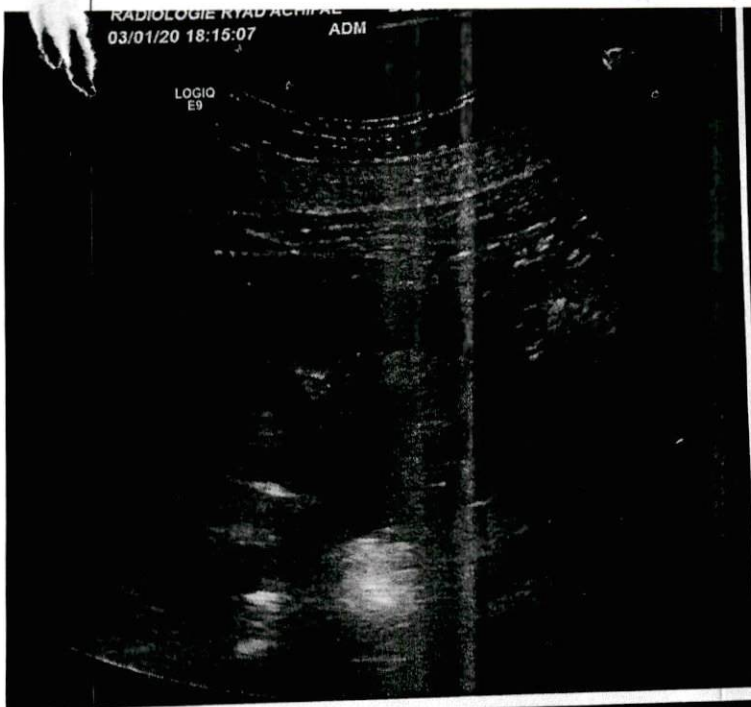
INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



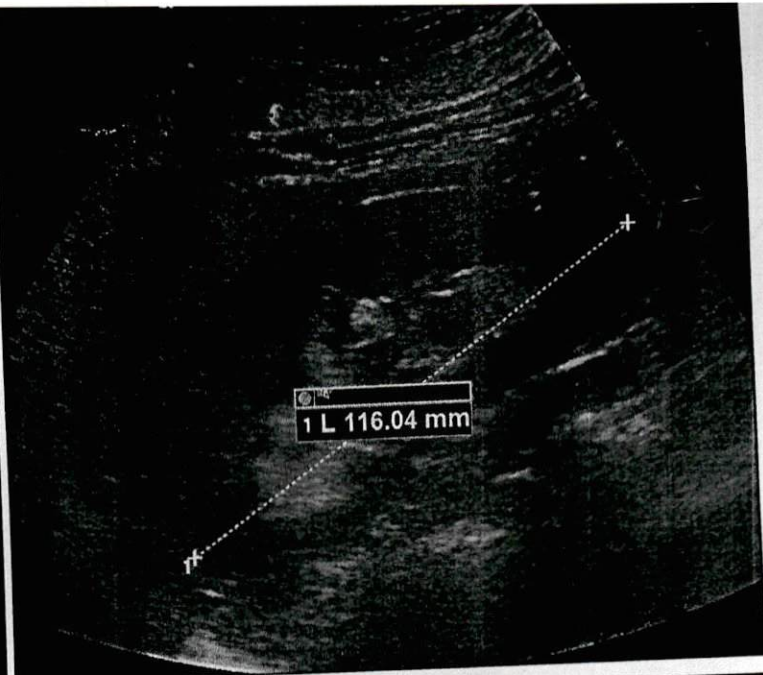
N° IPP :	85188	N° SEJOUR :	200000366	FACTURE N° 2005000211		DATE D'ENTREE : 03/01/2020		DATE DE SORTIE : 03/01/2020			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : BELJID,Zaina					
MALADE : BELJID,Zaina											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :							
NATURE DE PRESTATION		LETRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATAION DE MEDECIN.											
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX											
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER		AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					21.42					0.00	21.42
FOURNITURES MEDICALES					2.04					0.00	2.04

Intervenant : 20072 DR OUNAJIM FARAJ (GENERALISTE)	TOTAUX :	158.46					158.46
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :				ACOMPTE :	
CENT CINQUANTE HUIT DHS ET QUARANTE SIX CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE :	158.46	AVOIR :	
		RESTE DU :	0.00				
DATE FACTURE : 03/01/2020	EDITEE LE : 03/01/2020	PAR: OULKHI	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :		
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR			
		BANQUE :		BMCE - AGADIR			
		N° compte bancaire :		011.010.0000.01.210.00.60686.03			

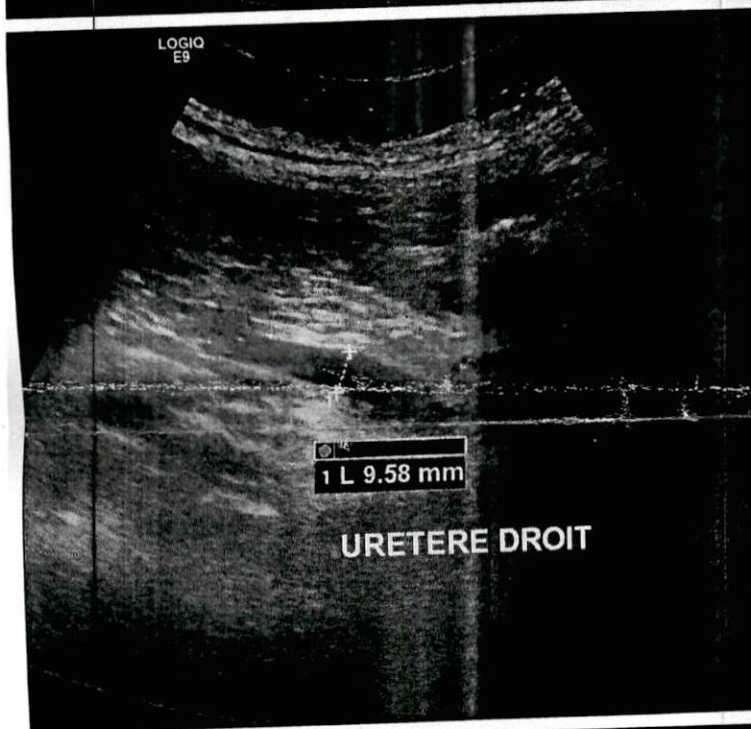
LOGIQ
E9



1 L 116.04 mm



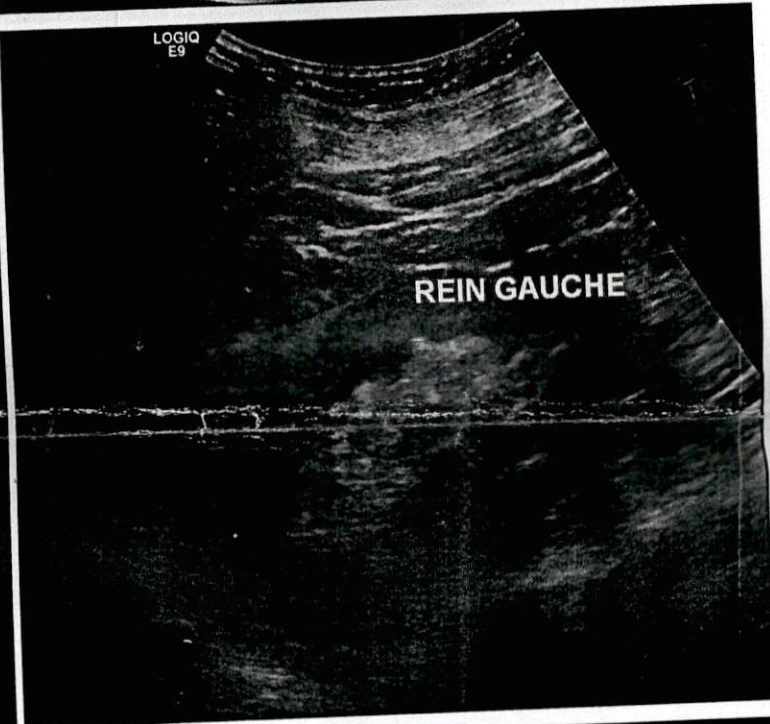
LOGIQ
E9



1 L 9.58 mm

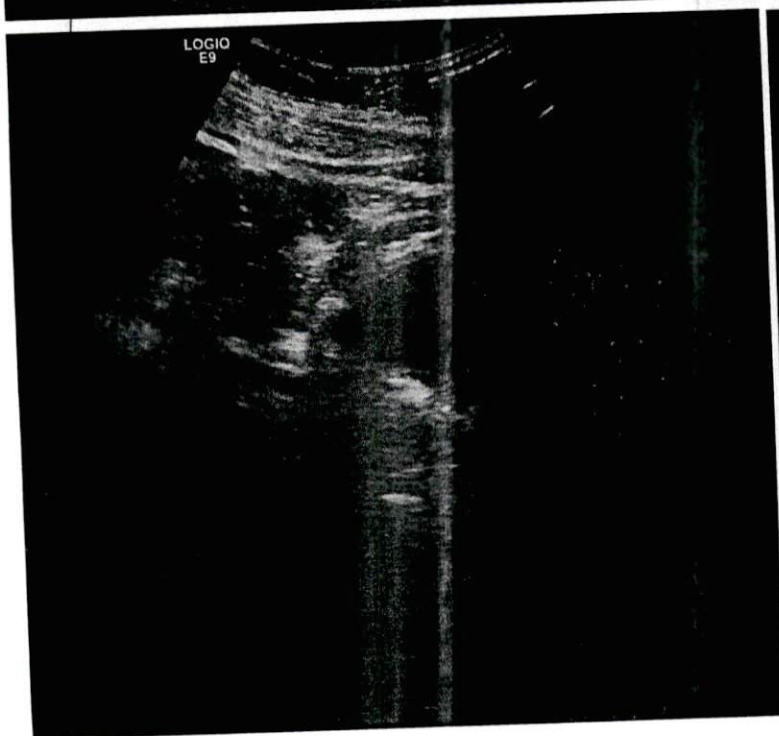
URETERE DROIT

LOGIQ
E9

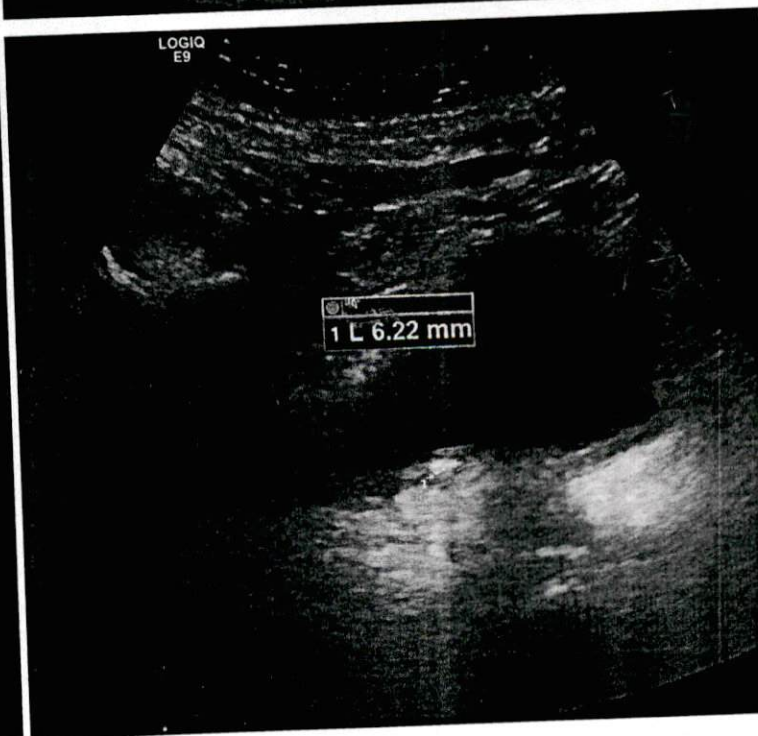


REIN GAUCHE

LOGIQ
E9



LOGIQ
E9



1 L 6.22 mm