

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Éducation :

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0044023

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2093

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AKKA Moulouche

Date de naissance : 1951

Adresse : csk - Fekina Rue 3W' 20

Tél : 0677433825

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AKKA Moulouche

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Traumatisme de l'épaule

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) :

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

11/7/2020



08/07/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

01/07/2020

172,00

08/07/2020

172,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

Echographie

01/07/2020

200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



الضمان الاجتماعي
الجمعية المغربية
CNSS
Le devoir de vous protéger

وصفة ORDONNANCE

22.00

الإنارة II
INARA II

le

07/20

CELEBREX 200 MG
Boîte de 20 gélules

1277827

Date Fab: 07 / 2019 Date Exp: 06 / 2022

PPV : 150,00 DH

Dr. AKKA Mustafa

150.00

4's

4 Celebrex 200

22.00

4's

4 Celebrex 200

172.00

Dr. ZACUARI.T
TRAUMATO - ORTHOPEDIE
جراحة العظام والمفاصل

Boulevard Al Qods, Inara II - Ain Chok - CASABLANCA

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

CELEBREX 200 MG
Boîte de 20 gélules

Lot : 1280022

Date Fab: 09 / 2019 Date Exp: 08 / 2022

PPV : 150,00 DH

وصفة ORDONNANCE

مصحة
POLYCLINIQUE



الإدارة II
INARA II

le

2/07/2020



2- M. K. El Hachemi

150100

1 Celebrex 200

22100

2 1042

142100



Boulevard Al Qods, Inara II - Ain Chok - CASABLANCA

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06



الضمان الاجتماعي

+061008+ +060681+

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



الإدارة II

INARA II

le

08/07/2020

AKKA Integre
Chu cuf

Traumatisme d'Achille gauche

→ chirurgie d'Achille gauche

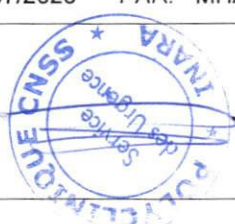


POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA
Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06
RDV : 0522-50-45-13
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 106052		N° SEJOUR : 200017622		FACTURE N° 2003006206		DATE D'ENTREE : 08/07/2020		DATE DE SORTIE : 08/07/2020		
ASSURE :				DESTINATAIRE : AKKA, Mustapha						
MALADE : AKKA, Mustapha										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :						
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
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 ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 46085 DR BENBOUZID ABDELJALIL				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 : 08/07/2020				EDITEE LE : 08/07/2020		PAR: MHAJAR		ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA										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	



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 : 106052		N° SEJOUR : 200016576		FACTURE N° 2002006923		DATE D'ENTREE : 01/07/2020		DATE DE SORTIE : 01/07/2020		
ASSURE :				DESTINATAIRE : AKKA, Mustapha						
MALADE : AKKA, Mustapha										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :						
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
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 SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
Intervenant : 46136 DR ZAOUARI TARIK				TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		A VOIR :	
				RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 01/07/2020		EDITEE LE : 01/07/2020		PAR: BOUNAS		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE : AT		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 : 08/07/20

MR AKKA MUSTAPHA

DR.

ECHOGRAPHIE D'ACHILLE G

Le balayage avec la sonde superficielle de haute fréquence .légère hypertrophie du tendon d'achille de 3.7 mm sans rupture et sans lésion anormale en faveur d'une tendinite aigue.
Pas d'hématome ou de collection liquidienne.

DR

Dr BEN BOUZID Abdellah
Radiologue
Tél: 091021337