

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, parodontologie 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 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

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° W19-474924

39187

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

06415

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

GOURTY LHASANE

Date de naissance :

01/07/1964

Adresse :

N° 31, Rue Li dangers à la Seta
Casa

Tél. :

0676687495

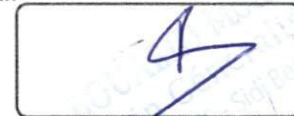
Total des frais engagés :

266,214

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

GOURTY Fatima EZZAHRA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Douleurs abdominales + vomissements

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 08/07/2020

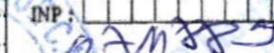
Le :

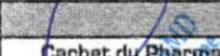
08/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

ACCUEIL

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
09/10/20	Kno		302,156	DNP : _____ 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8.8.20	226,30 DA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/08/2022		DR. RAOU FATIM Radiologie Polyclinique CNSS de Ramoussi

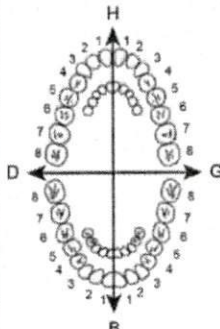
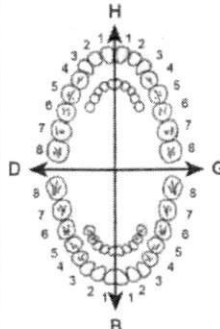
[illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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																	
	<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 colspan="2">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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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 L'EXECUTION



وصفة
ORDONNANCE



le 08/28/20

Gronitex E-L

5040

1) Abalyst 2mg
28,10

2) Vagabond 150mg
95,00

3) Extra-Mag
52,80

4) Oedex 2mg
Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72

T 226,30

PHARMACIE AL HAND
Imm. G3G-M2-Cité El Roustane
Al Qods S. Bernoussi
Tél: 05 22 73 15 32

PPV: 50DH40
PER: 01/23
LOT: J287

COOPER PHARMA
PPC : 95,00DH

LOT 191340
EXP 04/2022
PPV 52.80DH

30/10

LOT : 20E006
PER. 01 2023

NO - DOL FEN 400MG
CP PELL B30

P.P.V : 30DH00



1) mo-dol fe lang
My 38



BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

SERVICE DEMANDEUR :

08/08/20

NOM DU PATIENT :

Groux F B

CNSS OU MUTUELLE :

RENSEIGNEMENT CLINIQUE			EXAMEN DEMANDE		
<p>Douleur chiffre +</p>			<p>adénite mésentérique</p>		
	PC	K	URGENT	RAPIDE	NON URGENT

Echographie
 adénite

SIGNATURE & CACHET DU MEDECIN


 Méd.

Pli à joindre à la D.E.P

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur :



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT



Nom Goumry Prénom : E-Z

1) Date de la constatation de l'état de malade :

08/08/20

2) Renseignements cliniques sommaires :

Douleurs abdominales
+
Nausées

3) Traitement envisagé et actes :

1/500 - VVP
→ Prescrit et suivi par
le Dr. S. S. S.

2) Durée prévisible du traitement :

A C. M. M. LE 14/08/20

Signature

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI
HAY EL-QODS
20600 CASABLANCA
Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72
INPE: 090001546 ICE: 09757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 538447	N° SEJOUR : 200024791	FACTURE N° 2005006597		DATE D'ENTREE : 09/08/2020		DATE DE SORTIE : 09/08/2020				
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : GOURTI, Fatima Zahra						
MALADE : GOURTI, Fatima Zahra 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 COTES EN K ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				51.00					0.00	51.00
FOURNITURES MEDICALES				26.56					0.00	26.56

Intervenant : 100088 DR. BOUABID MOUNIR	TOTAUX :	302.56					302.56
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT DEUX DHS ET CINQUANTE SIX CENTIMES		PLAFOND PC :				ACOMPTE :	
		REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
		RESTE DU :	302.56				
DATE FACTURE : 09/08/2020	EDITEE LE : 09/08/2020	PAR: MOSTAR	ACCIDENT DE TRAVAIL				
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :			
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI			
		BANQUE :		BMCE - BERNOUSSI			
		N° compte bancaire :		01178000049210006006888			



POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

HAY EL-QODS

20600 CASABLANCA

Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72

INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	538447	N° SEJOUR :	200025474	FACTURE N° 2004009160		DATE D'ENTREE : 13/08/2020		DATE DE SORTIE : 13/08/2020				
ASSURE :						DESTINATAIRE :						
MALADE : GOURTI, Fatima Zahra				UF: 5003 RADIOLOGIE		GOURTI, Fatima Zahra						
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :												
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :						
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	
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE			ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant :	99945 DR. EL AMRAOUI FATIMA (RADIOLOGUE)	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
DEUX CENTS DHS			REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
			RESTE DU:	200.00					
DATE FACTURE : 13/08/2020			EDITEE LE : 13/08/2020		PAR: MOSTAR		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :				
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI				
			BANQUE :		BMCE - BERNOUSSI				
			N° compte bancaire :		011780000049210006006888				



RADIOLOGUE :
MEDECIN DEMANDEUR
DR

Nom : GOURTI
Prénom : FATIMA ZAHRA
DATE : 13/08/2020

EXAMEN ECHOGRAPHIQUE : ABDOMINAL

RESULTAT

- Foie de taille normale , d'échostructure homogène , et de contours réguliers.
- Les VSH et le TP sont de morphologie et de trajet normaux.
- VBIH et EH non dilatées.
- Vésicule biliaire non distendue à paroi fine , alithiasique
- Pancréas de taille normale , d'échostructure homogène et de contours réguliers
- Rate d'échostructure et de taille normale.
- Les deux reins sont de situation, de morphologie ,et de taille normale, présentant une bonne différenciation parenchymo-rénales.
- Absence de dilatation des CPC rénales .
- Absence d'ADP à l'étage sus mesocolique
- Absence d'épanchement péritonéal .

AU TOTAL

- Absence d'anomalie abdominale visible ./.

SENTIMENTS CONFRATERNELS



