

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

- 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° W19-522970

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **11115** Société : **ROYAL AIR MAROC**

Matricule : **11115** ☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **AZZEMZI NABIL**

Date de naissance : **05.06.72**

Adresse : **LOT EL KHADRAOUI RUE 6 NR 6 AZEMMOOR**

Tél. : **0697.768787** Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Najat LAKHIB Hépato-Gastroentérologue Proctologue**

Date de consultation : **15 SEP. 2020**

Nom et prénom du malade : **ACCUEIL**

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

Nature de la maladie : **Dyspepsie chronique chronique 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 : **ORRA**

Le : **14/09/20**

Signature de l'adhérent(e) : _____

(Signature)

[illegible]

attestant le Paiement des Actes
INP : 11123472

[illegible][illegible]

Dr. N. J. JAWHARI
RADIOLOGUE
INPE : 111487944

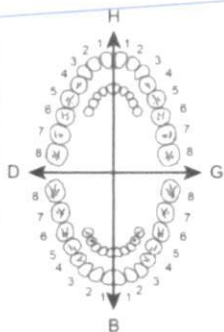
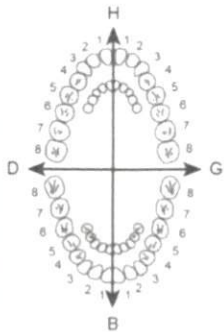
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

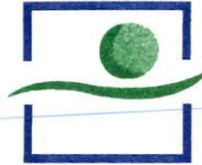
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input 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>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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مستشفى بدون تدخين

BON D'EXAMEN

25/07/2020

Nom et Prénom : AZZEHIZI Nabil

Service hospitalier :

N° d'Entrée :

Renseignements Cliniques :

Suspicion de varices oesophagiques

Grade I

Examens demandés

Dr. Ch. Abdelhakim

Medecin traitant

Dr. Najat EL KHRIB
Hépatogastroentérologue
Hépatoproctologue

POLYCLINIQUE C.N.S.S - EL JADIDA

Route Sidi Bouzid

24000 EL JADIDA

Tél: 0523-39-15-28/35/80 Fax: 0523-39-47-51

INPE: 110001443 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	294447	N° SEJOUR :	200013857	FACTURE N° 2003004189		DATE D'ENTREE : 23/07/2020		DATE DE SORTIE : 23/07/2020				
ASSURE :				UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :		DESTINATAIRE :						
MALADE : AZZEHI, Nabil						AZZEHI, Nabil						
NOM JEUNE FILLE :												
TIERS PAYANT 1 :												
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 : 10000109 JAWHARI NAJIB (RADIOLOGUE)					TOTAUX :	200.00					200.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE :		
					REMISE :		0.00	REGLE :		200.00	AVOIR :	
					RESTE DU :		0.00					
DATE FACTURE : 23/07/2020		EDITEE LE : 23/07/2020		PAR: MOSTA		ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA					N° DE POLICE :		DATE AT :					
					Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - EL JADIDA					
					BANQUE :		BMCE LOT ALBOUCHRA 6 RTE MARAKCH - ELJADIDA					
					N° compte bancaire :		011 170 0000 08 210 00 60816 58 EL JADIDA					

**POLYCLINIQUE DE LA CNSS
EL JADIDA**

**NOM : AZZEHIZI
PRENOM : NABIL
DATE : 23/07/2020**

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

- Le foie, les reins, la rate et le pancréas sont de taille et écho structure normales.
- Tronc porte à 11.5 mm.
- Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine.
- Voies biliaires non dilatées.
- Absence de masse abdominale, ni épaissement digestif échographiquement décelables.
- Absence d'épanchement intra péritonéal.

- **CONCLUSION/** : - Echographie abdominale sans anomalies.

**DR JAWHARI N.
RADIOLOGUE**


Dr. Nabil JAWHARI
RADILOGUE
N° 11118794

23/07/2020 11:20:59



23/07/2020 11:20:39



23/07/2020 11:20:29



23/07/2020 11:22:06



23/07/2020 11:21:53

