

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 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

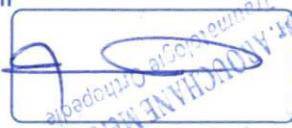
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W19-532117

ND: 40293

| | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : A006 | Société : Royal Air Maroc | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : ABOU EL OUAKAR Fouzia | | | |
| Date de naissance : 01-01-55 | | | |
| Adresse : ANF Bd Moulay Yousef casablanca | | | |
| Tél. : 06 22 32 87 97 | Total des frais engagés : 421,17 Dhs | | |

| | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
|  | | | |
| Date de consultation : | | | |
| Nom et prénom du malade : | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | | | |
| 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) :

ACCUEIL

ACCUEIL

| RELEVE 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 |
| Actes 10/01/2023 | TS | 1 | 120,00 | INP : [Signature] |
| Actes 11/01/2023 | CS | 1 | 150,00 | RECEUILLU LE 12/01/2023 [Signature] |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | | |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|-------------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| <i>ADP/1991/000</i> | <i>21/5</i> | <i>COPIE</i> | <i>150,00</i> |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|--|---------------------------|--|--|--|
| 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | INP : <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | O.D.F PROTHESSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | MONTANTS DES SOINS | | | |
| | | | | | | H | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SERVICE DEMANDEUR

10-09-2020

NOM DU PATIENT : ABOUE LOUAKKAR
Fouzia

CNSS OU MUTUELLE :

| RENSEIGNEMENTS CLINIQUE | EXAMEN DEMANDE | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--------|--------|------------|
| Traumatisme du genou Ste 1F → P | Radiologie du genou Ste 1F → P | | | |
| PC | K | URGENT | RAPIDE | NON URGENT |
| | | | | |



SIGNATURE & CACHET DU MEDECIN





| N° IPP : 541336 | N° SEJOUR : 200029329 | FACTURE N° 2002012651 | | | | DATE D'ENTREE : 11/09/2020 | | DATE DE SORTIE : 11/09/2020 | | |
|---|-----------------------|--|------------------|-------------|---------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|---------|
| ASSURE : | | | | | | DESTINATAIRE : | | | | |
| MALADE : ABOUELOUAKAR,Fouzia | | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI | | | | ABOUELOUAKAR,Fouzia | | | | |
| 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 | 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 : 100085 DR. ABOUCHANE MEROUANE | | TOTaux : | | 150.00 | | | | | | 150.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS | | | | | PLAFOND PC | | | | ACOMPTE: | |
| | | | | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 150.00 | AVOIR : | |
| | | | | | RESTE DU: | 0.00 | | | | |
| DATE FACTURE : 11/09/2020 | | EDITEE LE : 11/09/2020 | | PAR: LAHBAR | 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



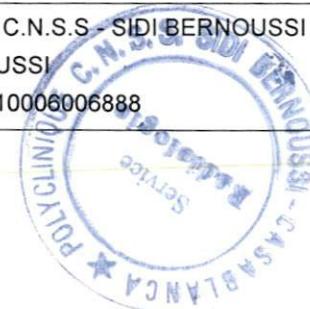
| N° IPP : 541336 | N° SEJOUR : 200029317 | FACTURE N° 2005007721 | | | | DATE D'ENTREE : 10/09/2020 | | DATE DE SORTIE : 10/09/2020 | | | |
|------------------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------|--------|----------------|----------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|---------|--|
| ASSURE : | | | | | | DESTINATAIRE : | | | | | |
| MALADE : ABOUELOUAKAR,Fouzia | | UF: 5002 URGENCES | | | | ABOUELOUAKAR,Fouzia | | | | | |
| 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 | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | | |
| | | | | | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | |
| ACTES COTES EN K | | | | | | | | | | | |
| ACTE DE SPECIALITE MEDICALE | K | 5.00 | 22.50 | 112.50 | | | | | 0.00 112.50 | | |
| PRODUITS PHARMACEUTIQUES | | | | 5.61 | | | | | 0.00 5.61 | | |
| FOURNITURES MEDICALES | | | | 3.06 | | | | | 0.00 3.06 | | |

| | | | | | | | | | |
|---|------------------------|-------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------|--|--|-----------|--------|
| Intervenant : 100006 DR. EDDAHAR ASMAA | TOTAUX : | 121.17 | | | | | | | 121.17 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | PLAFOND PC | | | | | | ACOMPTE: | |
| CENT VINGT ET UN DHS ET DIX-SEPT CENTIMES | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 121.17 | | | AVOIR : | |
| | | RESTE DU | 0.00 | | | | | | |
| DATE FACTURE : 10/09/2020 | EDITEE LE : 10/09/2020 | PAR: LAHBAR | 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 | | | | | |



| N° IPP : 541335 | N° SEJOUR : 200029316 | FACTURE N° 2004010577 | | | | DATE D'ENTREE : 10/09/2020 | | DATE DE SORTIE : 10/09/2020 | | |
|--------------------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------|--------|----------------|----------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|---------|
| ASSURE : | | | | | | DESTINATAIRE : | | ABOU ELOUAKAR, Fouzia | | |
| MALADE : ABOU ELOUAKAR, Fouzia | | UF: 5003 RADIOLOGIE | | | | | | | | |
| 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 | 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 | Z | 15.00 | 10.00 | 150.00 | | | | | 0.00 | 150.00 |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------------------------------|--------|--|------------------------------------|---------------------------------------|---------|--------|----------|--|
| Intervenant : 146999 EQUIPE, RADIOLOGIE RADIOLOGIE | | | TOTAUX : | 150.00 | | | | | | 150.00 | |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | | CENT CINQUANTE DHS | | | PLAFOND PC : | | | | ACOMPTE: | |
| | | | | | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 150.00 | AVOIR : | |
| | | | | | | RESTE DU: | 0.00 | | | | |
| DATE FACTURE : 10/09/2020 | | | EDITEE LE : 10/09/2020 PAR: LAHBAR | | | 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 | | | | |



وصفة

ORDONNANCE



le 11/08/2020

M^{me} Fouzia Abuelouekar,

Codoliprane MP x 3g/

Oros 20 mg Nds/2.

Prufen 100 mg MP x 25/2.

- Lorweox 0,4 1 ml b/15j-

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

le

Fough Amulonkey

order right the

Janus / 30)

2 paul de begn' 118

*Republiek NEDERLAND
RIVIEREN- EN
WATERWANDELINGEN*

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