

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 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

- 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.

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° M21- 071763

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00445 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : ELAIL Hassan
 Date de naissance : 29.09.1984
 Adresse : 309 AV. B. HAY MASTH Casablanca
 Tél. : 06 44 14 71 2 Total des frais engagés : 2314 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: Dr. S. CHAHIN, Médecin, Polyclinique CHS/Debb Chahar]
 Date de consultation : 05/10/2023
 Nom et prénom du malade : [Signature]
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : [Signature]
 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 Casablanca, Le 02/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
02/06/23	AC	239		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/06/23	2750

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CHAOUACHI Rabeb Medecin Radiologue NPE : 091281769	02/06/23	2400	1600

AUXILIAIRES MEDICAUX

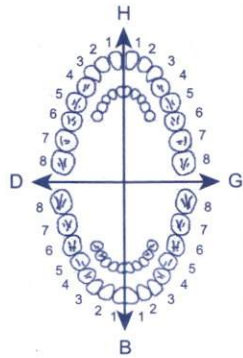
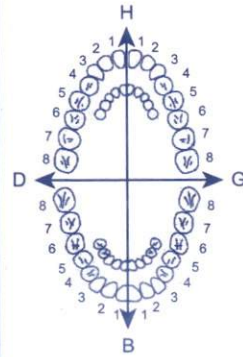
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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"> <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>		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



وصفة
ORDONNANCE



Le 27/05/2013
M. Samir Tahar

spasfon
sep 2LT

2750

→ el

Dr. S. CHAKIR BENJELLOUN
Médecin - Urgentiste
Polyclinique CNSS/Derb Ghallef

PHARMACIE NASSER
Dr. H. ZARHLOULE
May El Masjid Rue 48 N° 11
El Fida Casablanca
Tél.: 05 22 28 02 26



POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1387721	N° SEJOUR : 230053331	FACTURE N° 2305015493		DATE D'ENTREE : 02/06/2023		DATE DE SORTIE : 02/06/2023					
ASSURE :				DESTINATAIRE : POLYCLINIQUE ADDAMANI DERB-GHALLEF CASABLANCA							
MALADE : SAMHI Touhamia		UF: 5002 URGENCES		SAMHI, Touhamia							
NOM JEUNE FILLE : Caisse Urgences		N° IMMAT C.N.S.S. :		Caisse Urgences							
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :		SEHI							
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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
AUTRES ACTES COTES EN K ACTE DE SPECIALITE MEDICALE		K	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE GENERALISTE		C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					42.08					0.00	42.08
FOURNITURES MEDICALES					5.34					0.00	5.34

Intervenant : 8072010 DR CHAKIB SAADIA	TOTAUX :	239.92					239.92
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT TRENTE NEUF DHS ET QUATRE-VINGT DOUZE CENTIMES		PLAFOND PC :				ACOMPTE :	
		REMISE :	0.00	REGLE :	239.92	AVOIR :	
		RESTE DU :	0.00				
DATE FACTURE : 02/06/2023		EDITEE LE : 02/06/2023		PAR: SAAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :	
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :			
POLYCLINIQUE ADDAMANI DERB-GHALLEF CASABLANCA Caisse Urgences		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef			
		BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
		N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			



وصفة
ORDONNANCE



Le 22/06/2013
M. Sultan TOUTAMER

HTA + hypertension
coliques vésicales
de l'hyperémie
musculaire

POLYCLINIQUE ADDAMANE
DERB GHALLEF CASABLANCA
Caisse Urgences

Dr. S. CHAKIB
Medecin - Urgentiste
Polyclinique CNSS/DERB GHALLEF
BENJELLOUN

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1387724	N° SEJOUR : 230053344	FACTURE N° 2303019919		DATE D'ENTREE : 02/06/2023		DATE DE SORTIE : 02/06/2023				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : SEMHI,Touhamia		UF: 5003 RADIOLOGIE		SEMHI,Touhamia						
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	LETTR 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										
ECHO-DOPPLER VEINEUX PERIPHERIQUE	CX15	1.00	600.00	600.00					0.00	600.00
TDM	TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00

Intervenant : M0100018 DR CHAOUACHI RABEB	TOTAUX :	1600.00						1600.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
MILLE SIX CENTS DHS	REMISE :	0.00	REGLE :	1600.00			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 02/06/2023	EDITEE LE : 02/06/2023	PAR: SAAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA	N° DE POLICE :		DATE AT :					
Règlement à effectuer à l'ordre de :			POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef					
BANQUE :			BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
N° compte bancaire :			011 780 0000 70 210 00 60 028 31					

POLYCLINIQUE ADDAMAN
DERB GHALLEF CASABLANCA
Caisse Urgences

Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur
Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM



Casablanca le : 02/06/2023

Patient (e) : SEMHI TOUHAMIA

URO- SCANNER

TECHNIQUE

Examen réalisé en coupes axiales sans injection du produit de contraste.

RESULTAT

Les deux reins sont de taille normale

A droite présence d'une dilatation des cavités pyélo calicielles en amont d'un calcul enclavé au niveau de l'uretère méatique de 5 mm (570UH)

A gauche : absence de dilatation des cavités. Urètre souple et perméable.
Vessie homogène

CONCLUSION

Syndrome obstructif rénal droit en amont d'un calcul enclavé au niveau de l'uretère méatique de 5mm (570UH)

Dr. CHAQUACHI Rabet
Radiologue
0777 709



وصفة
ORDONNANCE



02/06/2013
Le

M. Samir Touhami

Douleur lombaire
POLYCLINIQUE ADDAMAN
DERB-GHALLEF CASABLANCA
Boite Urgences

nerveux
Strophane
Al Boule

Dr. S. CHEIKH EN-NEJCELLOUN
Médecin - Urgentiste
Polyclinique CNSS/Derb Ghallef

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1387724	N° SEJOUR : 230053336	FACTURE N° 2303019914		DATE D'ENTREE : 02/06/2023		DATE DE SORTIE : 02/06/2023					
ASSURE :				DESTINATAIRE : SEMHI,Touhamia							
MALADE : SEMHI,Touhamia		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											
ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : M0100018 DR CHAOUACHI RABEB	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 : 02/06/2023		EDITEE LE : 02/06/2023		PAR: SAAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :				
		Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef				
		BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
		N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				

POLYCLINIQUE ADDAMMAN
DERB-GHALLEF CASABLANCA
Caisse Urgences



Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

Casablanca le : 02/05/2023

Patient (e) : SEMIH TOUHAMIA

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

RESULTAT:

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène
- Vésicule biliaire non vue (cholecystectomie)
- Absence de dilatation des voies biliaires intra-hépatiques et des voies biliaires extra-hépatiques.
- Le tronc porte est de calibre normal et perméable.
- La rate et le pancréas sont normaux
- Rein droit siège d'une dilatation modérée des cavités pyélo-calicielles (diamètre ant-post du pyélon = 15 mm) avec respect de l'index cortical
- Absence d'obstacle écho décelable
- Rein gauche de taille normale bien différenciée sans dilatation des cavités excrétrices
- Vessie semi pleine sans anomalies endoluminales
- Absence d'épanchement intra-péritonéal

CONCLUSION :

- Hydronéphrose droite modérée sans obstacle écho décelable, une migration lithiasique est probable : syndrome urinaire obstructif à droite

Dr. CHAOUACHI Abdel
Médecin Radiologue
INPE : 091281709