

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

- 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 Étage 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° W19-440299

66431

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 702 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL MAROUCI Niloud
 Date de naissance : 01-01-48
 Adresse : 51, Rue HASSANE Hy EDHANA CASAB
 Tél : 06 68 24 36 03 Total des frais engagés : 750,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr M. AL-HABIB HADDAM
Chirurgien Thoracique
& Cardio-vasculaire
Polyclinique Zirroui/Casablanca

Date de consultation : 03 MARS 2021
 Nom et prénom du malade : EL MAROUCI Niloud Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Mv. varicelleuse de M. Enf.
 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 03/02/21 Le : 03/02/21
 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
03/03/21		2	150,00	INP : 091070407 Dr. M. A. Habis PATDAM Chirurgien Thoracique & Cardiologue Polyclinique Zineoui / Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

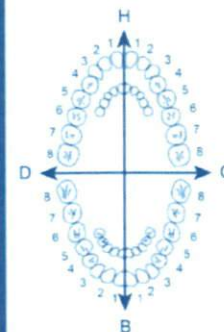
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/03/21		600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

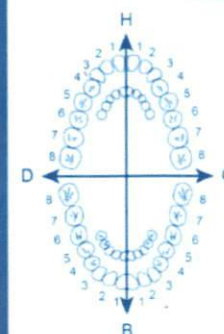
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

وصفة
ORDONNANCE

le 03 MARS 2021

M. EL MAROUFI
M. El

Examen demandé à Dr. Radiologie

ultra-sonographique

des 2 membres supérieurs

visant le diamètre et la

continuité des os M. Supérieurs

Dr M. Al-Habib ELADAM
Chirurgien Thoracique
& Cardiovasculaire
Polyclinique Ziraoui/Casablanca

POLYCLINIQUE C.N.S.S - 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 : 1201143		N° SEJOUR : 210017338		FACTURE N° 2105009773		DATE D'ENTREE : 04/03/2021		DATE DE SORTIE : 04/03/2021				
ASSURE :						DESTINATAIRE : EL MAROURI,Miloud						
MALADE : EL MAROURI,Miloud				UF: 5002 URGENCES								
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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE ECHO-DOPPLER VEINEUX PERIPHERIQUE			CX15	1.00	600.00	600.00					0.00	600.00

Intervenant : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED				TOTAUX :		600.00						600.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENTS DHS						PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
						REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :	
						RESTE DU:		600.00					
DATE FACTURE : 04/03/2021				EDITEE LE : 04/03/2021		PAR: MOURAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :					
						Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef					
						BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
						N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31					



POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU
Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA
Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 77297	N° SEJOUR : 210000056	FACTURE N° 2102000039		DATE D'ENTREE : 03/03/2021		DATE DE SORTIE : 03/03/2021					
ASSURE :				DESTINATAIRE : EL MAROURI MILOUD							
MALADE : EL MAROURI MILOUD		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI									
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 :									
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	
ACTES COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
Intervenant : 10569 DR HADDAM MOHAMED LHBIB CHIRURGIE		TOTAUX :		150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		FLAFOND PC :							ACOMPTE :		
		REMISE :		0.00	REGLE :		150.00		AVOIR :		
		RESTE DU :		0.00							
DATE FACTURE : 03/03/2021		EDITEE LE : 03/03/2021		PAR: LANSAR		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE : DATE AT :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU					
						BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA					
						N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54					



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 04/03/2021

Patient (e) : EL MAROURI MILOUD

ECHODOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFERIEURS

Membre droit :

Crosse de la veine grande saphène droite est de calibre normal mesurant 6,1mm, continent.

La veine grande saphène est éctasique au niveau de son trajet jambier mesurant 8,7mm alimentant un paquet variqueux à ce niveau.

La veine petite saphène est éctasique au niveau de sa crosse mesurant 7,1mm et le long de son trajet.

Membre gauche :

Ostium de la veine grande saphène gauche est de calibre normal continent.

La veine grande saphène est éctasique aussi au niveau de son trajet jambier de 8,4mm alimentant un paquet variqueux à ce niveau.

Absence d'anomalie ostiale et tronculaire à la veine petite saphène gauche.

Absence d'anomalie du réseau veineux profond.

CONCLUSION

Reflux significatif tronculaire des deux veines grandes saphènes au niveau de leur trajet jambier.

Reflux significatif ostial et tronculaire de la veine petite saphène droite.

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

Dr. MESTOUR
Polyclinique CNSS
Derb-Ghalef

