

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-688000

106266

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 597

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Veuve

Nom & Prénom : YALLOU Aicha

Date de naissance : 1947

Adresse : 301 Mohéli Ben Barka N°53 Boudjane

Casablanca

Tél. : 0661450263

Total des frais engagés : 314.41 + 144

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/02/2022

Nom et prénom du malade : YALLOU Aicha

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Epigastrologie

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

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
28/02/22	K16	214 41	INP : 091262071	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES ENFANTS Dr. BOUJOUR 34, Rue Ibnou Jahir - Casablanca Tél.: 0522 29 90 44 - Casablanca	28/02/22	198,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

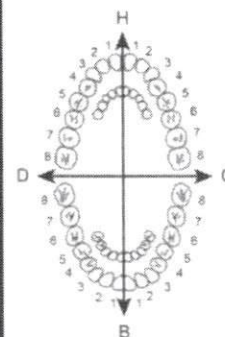
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

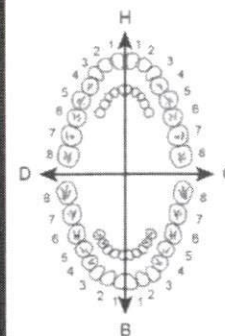
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

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

COEFFICIENT 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 28/02/22

YALLOU Aicha

144,50

1/- Zegor Lon
dgelaf

LOT 210679
EXP 02/2023
PPV 144.50DH

2/- Argo (susp. lavable)

1 sch 24

52,40

3/- Smeate (sch)

1 sch 24

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30
LOT : 21E066
P.P.V : 52DH40
PER: 09 2024
118000 011460

196,90

PHARMACIE DES ENFANTS
Dr. BOUJIDA Nadia
34, rue Moujahid - Bourgogne
Tél. : 05 22 20 38 56/57/59/60 - Fax n° : 05 22 22 29 91

Dr. BOUJIDA Nadia
Polyclinique Ziraoui
Des Urgences

Polyclinique CNSS Ziraoui- Adresse BD.Ziraoui Bourgogne - Casablanca

Tél. : 05 22 20 38 56/57/59/60 - Fax n° : 05 22 22 29 91



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT



NOM : YALLOU Prénom : Aicha

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

28/02/2022

2) Renseignements cliniques sommaires :

Epigastroalgies

3) Traitement envisagé et actes :

IPP aa

clopram

Up-spa aa
paracétamol

2) Durée prévisible du traitement :

A

LE

Signature

Dr. YENNOUNI BASSAM
Polyclinique CNSS Ziraoui
Service des Urgences

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



N° IPP:	736172	N° SEJOUR:	220006579	FACTURE N°	2205002748	DATE D'ENTREE	28/02/2022	DATE DE SORTIE	28/02/2022
ASSURE:					DESTINATAIRE:				
MALADE:	YALLOU, Aïcha								
NOM JEUNE FILLE:									
TIERS PAYANT 1:									
TIERS PAYANT 2:									
REF. PC 1:									
REF. PC 2:									

NATURE DE PRESTATION	LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
	CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
AUTRES ACTES COTES EN K										
Acte de Spécialité Médicale	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				74.51					0.00	74.51
FOURNITURES MEDICALES				14.90					0.00	14.90

Intervenant:	M0200024 DR GUENNOUNI BASSAME	TOTAUX:	314.41			314.41
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :			ACOMPTE:
TROIS CENT QUATORZE DHS ET QUARANTE ET UN CENTIMES			REMISE	0.00	REGLE:	314.41
			RESTE DU:	0.00		AVOIR
DATE FACTURE:	28/02/2022	EDITEE LE:	28/02/2022	PAR:	SAGHIR	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			

