

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ADHÉSION À LA MUTUELLE MUPRAS

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.

Diagnostique 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 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

114938

Déclaration de Maladie : N° P19-0014725

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9165 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

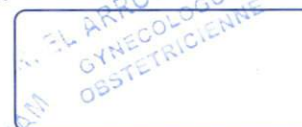
Nom & Prénom : DAKHADDI Saïda Date de naissance : 20/04/66

Adresse : Hay Fath 5 N° 29 Casablanca

Tél. : 0707 7730 98 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/04/2022

Nom et prénom du malade : Soukaina HAYDI Age : 24 ans

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

Nature de la maladie :

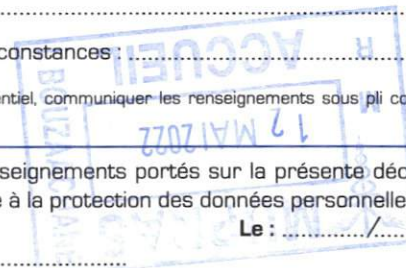
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :



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) :

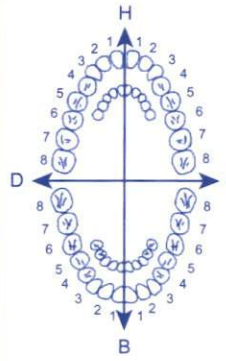
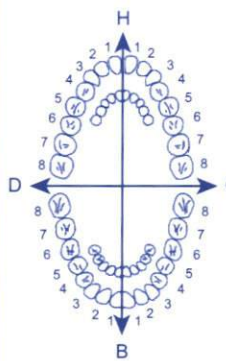


Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/04/2022				 

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
	07/04/2022		
	08/04/2022		

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				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE

le 08/04/2022

Soukaines HAYDI

β-HCG

quantitatif

DR. EL ARROUCHI ILHAM
GYNECOLOGUE
OBSTETRICIENNE

POLYCLINIQUE CNSS ZIRAUI
SERVICE
CONSULTATION

POLYCLINIQUE CNSS ZIRAUI
SERVICE
CONSULTATION



وصفة
ORDONNANCE

OK

مصلحة
POLYCLINIQUE



الزيراوي
ZIRAUI

le 08/04/2012

Soukaina Haydi

26 ans

Algiers pel algiers

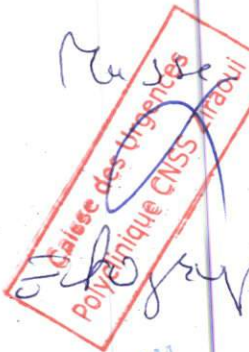
À l'exan : sensibilité

latère ut droite avec

sensati de Musses labio

ut droit

fai svp
pel



DR. EL ARROUCHI ILHAM
GYNECOLOGUE
OBSTETRICIENNE

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



N° IPP : 738825		N° SEJOUR : 220011110		FACTURE N° 2204000728		DATE D'ENTREE : 08/04/2022		DATE DE SORTIE : 08/04/2022				
ASSURE :				UF: 5004 LABORATOIRE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : HAIDY,Soukaina						
MALADE : HAIDY,Soukaina												
NOM JEUNE FILLE :												
TIERS PAYANT 1 :												
TIERS PAYANT 2 :												
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :										
NATURE DE PRESTATION			LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE BIOLOGIE												
Acte de Biologie Médicale			B	250.00	1.10	275.00					0.00 275.00	

Intervenant : 106999 EQUIPE LABO DE BIOLOGISTES LABORATOIRE D ANALYSE DE						TOTAUX : 275.00						275.00			
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT SOIXANTE QUINZE DHS						PLAFOND PC :						ACOMPTE:			
						REMISE :		0.00		REGLE :		275.00		AVOIR :	
						RESTE DU:		0.00							
DATE FACTURE : 08/04/2022						EDITEE LE : 08/04/2022 PAR: SIBAI						ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA												N° DE POLICE :			
												DATE AT :			
						Réglement à effectuer à l'ordre de :						POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI			
						BANQUE :						B.M.O.E - MED SEDKI - CASABLANCA			
						N° compte bancaire :						011 780 00 00 43 210 00 60050 54			



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 :	738825	N° SEJOUR :	220011124	FACTURE N° 2203002926	DATE D'ENTREE :	08/04/2022	DATE DE SORTIE :	08/04/2022
ASSURE :					DESTINATAIRE :	HAIDY,Soukaina		
MALADE : HAIDY,Soukaina				UF: 5003 RADIOLOGIE				
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :				
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :				
TIERS PAYANT 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :				
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
ACTES DE RADIOLOGIE										
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 10494 DR EL GHISSASSI NEZHA RADIOLOGIE	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 : 08/04/2022	EDITEE LE : 08/04/2022	PAR: R8174	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :				
<div>Caisse des Urgences Polyclinique CNSS Ziraoui</div>			Réglement 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					

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

Casablanca, le 8/04/2022

Nom et Prenom **HAIDY SOUKAINA**
Ref **11110**
Service **EXTERNE**

B HCG PLASMATIQUE

Titre = **2,39** UI/l

Valeurs normales

Hommes < 0,5 – 2,67
Femmes non enceintes < 0,5 – 2,90

Grossesse normale

Age gestationnel approximatif (semaines)	Intervalle de B HCG approximatif (UI/l)
0,2 – 1	5 - 50
1 – 2	50 - 500
2 – 3	100 - 5000
3 – 4	500 – 10 000
4 – 5	1000 – 50 000
5 – 6	10 000 – 100 000
6-8	15 000- 200 000
8 – 12	10 000 - 100 000
2 ^{ème} trimestre	10 000 - 50 000
3 ^{ème} trimestre	1 000 - 10 000



Casablanca, le 08/04/2022

NOM : Mme HAIDY Soukaina.

MEDECIN DEMANDEUR : Dr I. EL ARROUCHI.

EXAMEN : Echographie pelvienne.

- Utérus de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
- Ligne de vacuité utérine fine, médiane.
- *Ovaire gauche modérément augmenté de taille* (42 mm de grand axe), sièges de petits follicules périphériques.
- *Ovaire droit* d'aspect normal.
- Vessie de bonne capacité sans anomalie endoluminale ou pariétale.
- Absence d'épanchement pelvien.

Conclusion :

Ovaire gauche modérément augmenté de taille, siège de petits follicules périphériques : À contrôler (+++).

Dr N. EL GHISSASSI



