

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 597

Société :

RAM

Veuve NAOUI Ahmed

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

YALLOU Achra

Date de naissance :

18/4/7

Adresse :

N°53 Immeuble 30 Mehdia Ben Soltane Bayyane

CASABLANCA

Tél. :

066/450263 Total des frais engagés : 120+403,70+1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

02/07/2023

Nom et prénom du malade :

Yallou Achra

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bronchite che

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

ALD PCO

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 : 03/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

8

Déclaration de Maladie

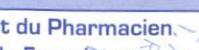
M22- 0023037

171326

8

8

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
04/01/23	CV	120,00		RECU EN NUMERO C: 35 Ziraoui Service des urgences

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/10/2023	1103,72

PPV : 196,00 DH
LOT : 23A30
EXP : 01/2026

وصفة
ORDONNANCE

PPV (DH) :

LOT/N° :

UT. AV. :

18,00

pulmofluide®
simple

le 09/07/23

Yallou Aicha

196,00
196,00 / Zephirus 200
1x2lj → 2 mois

36,00
36,00 - Betaftone 2
1x2lj → 2 mois

18,00
40,00 / Zephirin de 6jrs
32 Pulmo fluide

157,00 1000d 3
50

41 - Modulen
1x2lj → 2 mois

103,70
1x2lj → 2 mois

PHARM
1. AV. Nice Résidence NICE
RD Mg. N° 3 Bourgogne
Tél : 05 22 29 91
Casablanca

PHARMAS
LOT : 4995
UT.AV: 12-25
PPV : 36DH60

PPV : 53DH10
PER : 02-25
LOT : 02-16

مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

YACCOU Aiche

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

02/07/2023

Renseignements clinique

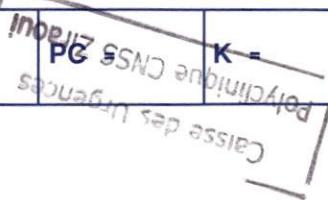
Age : 19 ans
Poids : 155 kg
Membre droit sans
mal de poitrine
sans asthme et sans ATB

Examen demande

TDM thorax

Le médecin traitant
Dr. Mahdi ELASRI TRAÎNE
Médecin vacataire

Z =



URGENT

RAPIDE

NON URGENT

Biffer les mentions intuiles

Total clichés =

Total posés =



مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

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



N° IPP : 736172	N° SEJOUR : 230026006	FACTURE N° 2305008038				DATE D'ENTREE : 02/07/2023	DATE DE SORTIE : 02/07/2023			
ASSURE :						UF: 5002 URGENCES	DESTINATAIRE :			
MALADE : YALLOU,Aicha		N° IMMAT C.N.S.S. :	YALLOU,Aicha							
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :									
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 C CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : M0200024 DR GUENNOUNI BASSAME			TOTAUX :	120.00						120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS			PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
			REMISE :	0.00	REGLE :	120.00			AVOIR :	
			RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 02/07/2023			EDITEE LE : 02/07/2023	PAR: R8658	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :						DATE AT :	
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI							
			BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA							
			N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54							

(Handwritten signature over a large X mark)

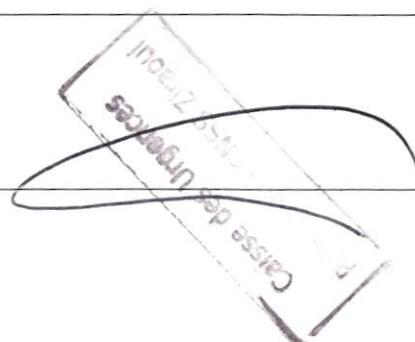
Caisse des Urgences
 Polyvalente CNSS Ziroui



0 9 0 0 0 1 5 5 3

N° IPP :	736172	N° SEJOUR :	230025991	FACTURE N° 2303007959				DATE D'ENTREE :	02/07/2023	DATE DE SORTIE :	02/07/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	UF: 5003 RADIOLOGIE				YALLOU,Aicha				<p>POLYCLINIQUE C.N.S.S. ZIRAOUI RADIOLOGIE SERVICE</p>		
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											
TDM (y compris le produit de contraste	TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00	

Intervenant : 51213 DR BENBRAHIM ABDELILAH RADIOLOGUE			TOTAUX :	1000.00						1000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
MILLE			REMISE :	0.00	REGLE :	1000.00			AVOIR :	
			RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 02/07/2023 EDITÉE LE : 02/07/2023 PAR: R8658			<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
VISA			N° DE POLICE :				DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI							
			BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA							
			N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54							



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur
Echographie Cardiaque - Scanner Multibarettes

COMPTE RENDU

Casablanca Le 02/07/2023

Nom du patient : Mme YALLOU AICHA

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE

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

RESULTAT

- Absence de nodule pulmonaire.
- Absence de foyer parenchymateux de type évolutif notable.
- Absence d'épanchement pleural.
- Absence d'adénopathie ou de masse médiastinale

CONCLUSION

- Absence d'anomalie thoracique.

Dr A. BENBRAHIM



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



Duplicata
 Laissez des Urgences
 Polyclinique C.N.S.S Ziraoui

N° IPP : 736172	N° SEJOUR : 230025991	FACTURE N° 2303007959				DATE D'ENTREE : 02/07/2023	DATE DE SORTIE : 02/07/2023		
ASSURE :	MALADE : YALLOU,Aicha					UF: 5003 RADIOLOGIE	DESTINATAIRE : YALLOU,Aicha		
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 TDM (y compris le produit de contraste	TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00

Intervenant : 51213 DR BENBRAHIM ABDELILAH RADIOLOGUE	TOTAUX :	1000.00						1000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	1000.00			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 02/07/2023	EDITEE LE : 02/07/2023	PAR: R8658	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :				
			Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI				
			BANQUE :	B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA				
			N° compte bancaire :	011 780 00 00 43 210 00 60050 54				

