

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.

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

Déclaration de Maladie

M22- 0023037

171326

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 597 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve NAOUF Ahmed
 Nom & Prénom : YALLOU Aicha
 Date de naissance : 1947
 Adresse : N°53 Immeuble 36 Mehdi Ben Barka Bayroune Casablanca
 Tél. : 0661450263 Total des frais engagés : 120 + 4.0370 + 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/07/2023
 Nom et prénom du malade : Yalhou Aicha Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite chronique
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : BPCO
 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) : [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
02/10/23	Urgences	CN	120,0	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

02/10/23

4103,7

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

02/10/23

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

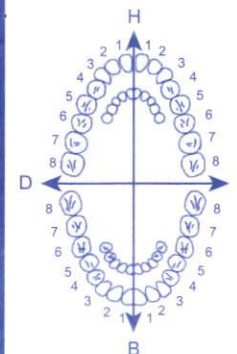
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

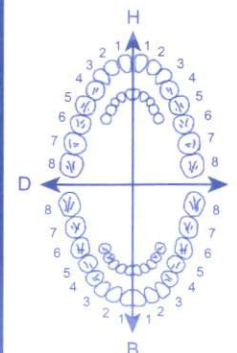
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

PPV (DH) :

LOTIN° :

UT. AV. :

pulmofluide®
simple

PPV : 196.00 DH
LOT : 23A30
EXP : 01/2026

le 02/08/13

Yallon Aicha

196.00
21 Zephirus 2ho

1x2h → 2mors

36.00
21 Betastone 2

18.00
31 Zephirus de 6h

31 Pulmofluide

157.00 1000 3h

41- Modavel 2

403.70

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

PPV : 153DH10
PER : 02-25
LOT : M516



BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

YALCOU Aiche

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

02/07/2023

Renseignements clinique

Examen demande

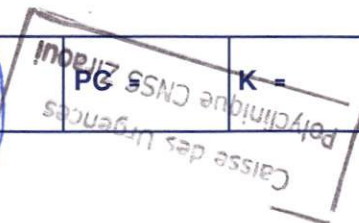
Age: 1947
ATCD: H5A
M... avec tous
chronique médicale
sans anamnèse sous ATB

TDM
thoracique

Le médecin traitant

Dr. ELASRI TRAIKI
Médecin vacataire
Polyclinique - Cnss Ziraoui

Z =



URGENT

RAPIDE

NON URGENT

Biffer les mentions inutiles

Total clichés =

Total posés =



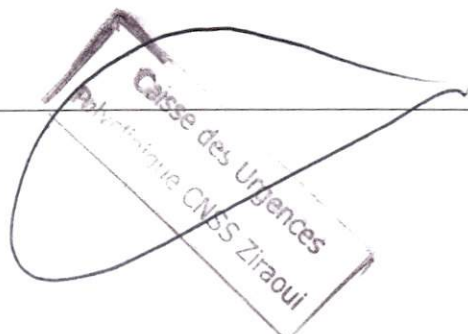
مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

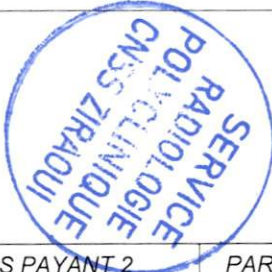
ZIRAOU



N° IPP : 736172		N° SEJOUR : 230026006		FACTURE N° 2305008038		DATE D'ENTREE : 02/07/2023		DATE DE SORTIE : 02/07/2023						
ASSURE :				DESTINATAIRE : YALLOU,Aicha										
MALADE : YALLOU,Aicha														
NOM JEUNE FILLE :														
TIERS PAYANT 1 :														
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :										
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
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 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 :				
					Réglement 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				





N° IPP : 736172		N° SEJOUR : 230025991		FACTURE N° 2303007959		DATE D'ENTREE : 02/07/2023		DATE DE SORTIE : 02/07/2023	
ASSURE :						DESTINATAIRE : YALLOU,Aicha 			
MALADE : YALLOU,Aicha		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	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										
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 - ZIRAOU	
		BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA	
		N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54	

Caisse des Urgences
090001553



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 médiastinales

CONCLUSION

- Absence d'anomalie thoracique.

Dr A. BENBRAHIM





Duplicata
 Caisse 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 :				DESTINATAIRE :	
MALADE : YALLOU,Aicha		UF: 5003 RADIOLOGIE		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 :			
			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			

