

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

- Reclamation : 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

M23-004768

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00447 Société : R A M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MARVISSI Ahmed A 92299
 Date de naissance : 27.01.1943
 Adresse : Résidence el urum Im 12 Apt 7 el oulfa
 Bd oum Rabia Cas
 Tél. : 06 61 20 83 36 Total des frais engagés : 868 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RAISSOUNI Nou
Rhumatologue

Date de consultation : 29/12/23
 Nom et prénom du malade : NASSIRI Aicha Age: 1958
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Polyarthralgie infl
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 18/01/2024
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

de maladie M23

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre des Actes	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29-09-23		1	15200	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/11/23	218,2

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10.01.24	Prx	300,00
	10.01.24	Echre	218,2

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة ORDONNANCE

مصحة
POLYCLINIQUE



درب غلف

DERB GHALLEF

le 29-12-23

M^{re} NASSIRI Atcha

144.0

1^o/Zagats 20 :

1/5 x 1 mois

144.90

2^o/Voltarène 80 :

1 x 2/j x 10

14.40 x 2

3^o/Doliprane 1000 :

1 x 3/j x 5

LOT M0570

EXP 08/2025

PPV 44.90 DH

LOT 221633
EXP 08/2024
PPV 144.50DH



PPV 14DH40
PER 06/25
LOT M2127
14.40

PPV 14DH40
PER 06/25
LOT M2297
14.40

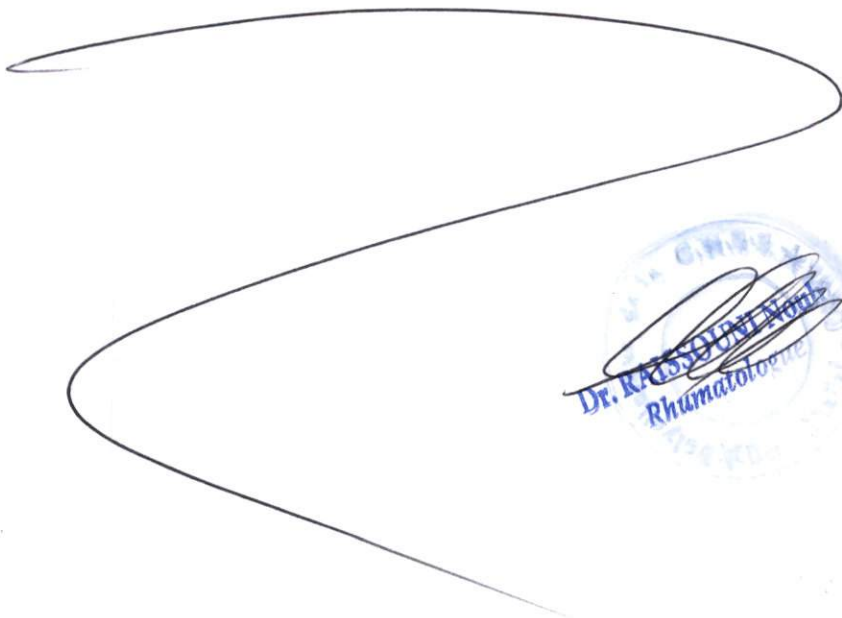
POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1122920		N° SEJOUR : 230132788		FACTURE N° 2302035320		DATE D'ENTREE : 29/12/2023		DATE DE SORTIE : 29/12/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE : NASSIRI,Aicha							
MALADE : NASSIRI,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		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE		CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 04042019 DR RAISSOUNI NOUHA RHUMATOLOGUE		TOTAUX :		150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 29/12/2023				EDITEE LE : 29/12/2023		PAR: IMANE		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA :				N° DE POLICE :		DATE AT :				
				Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef				
				BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
				N° compte bancaire :		011780 0000 70 210 00 60 028 31				

Caisses Consultation
 Polyclinique CNSS

(étude de l'activité
de la synovite)





الضمان الاجتماعي

+oIIO%+ +oIoL%I+

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



درب غلف

DERB GHALLEF

Pr CHIRHAOUI Nabil
Radiologue
INPE - 91036020

le 29-12-93

M^{re} NASSIRI Atcha

Epouse Nannissi

1°/Rx coudes DT + G

- Face

- Profil.



Polyarthrite Rhumatoïde ?

Destruction articulaire ?

2°/ Echographie du coude droit



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 10/01/2024

Patient (e) : NASSIRI AICHA

RX. DES DEUX COUDES DE FACE ET DE PROFIL

Minéralisation osseuse normale.

Absence d'anomalie articulaire ou architecturale osseuse.

Absence d'anomalie des parties molles.

CONCLUSION

Radiographie des deux coudes ne révélant pas d'anomalie.

Dr. Abdellah BENBRAHIM
Médecin Radiologue
Polyclinique CNCS DERB-GHALEF
INPE 090001512

Dr A. BENBRAHIM

POLYCLINIQUE CNSS - 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 :	994541	N° SEJOUR :	240003886	FACTURE N° 2403001413		DATE D'ENTREE : 10/01/2024		DATE DE SORTIE : 10/01/2024			
ASSURE :				UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S. : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : NASSIRI,Aicha					
MALADE : NASSIRI,Aicha											
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		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
ACTES DE RADIOLOGIE						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	30.00	10.00	300.00					0.00 300.00	

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .	TOTAUX :	300.00						300.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU:	300.00					
DATE FACTURE : 10/01/2024	EDITEE LE : 10/01/2024	PAR: BILAL	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :				
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef					
			BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
			N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					

POLYCLINIQUE CNSS - 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 :	994541	N° SEJOUR :	240003947	FACTURE N° 2403001432		DATE D'ENTREE : 10/01/2024		DATE DE SORTIE : 10/01/2024			
ASSURE :						DESTINATAIRE :					
MALADE : NASSIRI,Aicha				UF: 5003 RADIOLOGIE		NASSIRI,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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 438055 DR CHIKHAOUI NABIL (RADIOLOGUE)	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :						ACOMPTE:
DEUX CENTS DHS		REMISE :	0.00	REGLE				AVOIR :
		RESTE DU:	200.00					
DATE FACTURE : 10/01/2024		ACCIDENT DE TRAVAIL						
EDITEE LE : 10/01/2024		N° DE POLICE :						
PAR: BILAL		DATE AT :						
VISA		Réglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef						
		BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
		N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31						



INPE 090001512
ICE 001757364000080

**Polyclinique
Derb-Ghallef**

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 10/01/2024

Patient (e) : NASSIRI AICHA

ECHOGRAPHIE DU COUDE DROIT

Epaississement des tendons épicondyliens internes chiffré à 8mm avec un aspect hypoéchogène du tendon en rapport avec une tendinose.

Absence d'anomalie des tendons épicondyliens externes.

Articulations du coude ne présente pas d'anomalies.

L'épaisseur de cartilage d'encroûtement irrégulière.

Absence d'épanchement articulaire.

Le tendon biceps est de morphologie normale.

Absence d'anomalie des épitrochléens ni au niveau du tendon triceps.

Absence de calcification.

CONCLUSION

Aspect d'épicondylite interne.

Echographie du coude ne révélant pas d'autre anomalie.

Pr CHIKHAOUI Nabil
Radiologue
INPE : 91036020

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

