

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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, parodontologie 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.

Biologie 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 064931

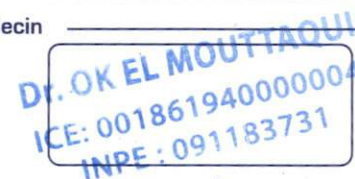
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6052 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 31747
Nom & Prénom : ELBESSAN Rkia
Date de naissance : 20/11/1955
Adresse : rue Abou Elwact Res Brahine Ejjamrah #2 cas
Settat n° 17. Baagagane casa
Tél. : 0669 419869 Total des frais engagés : 1127,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/09/2020

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Tumeur

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) :

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
09/09/21		2	50,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/09/21	977,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/09/21	Amalgam	189,54

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

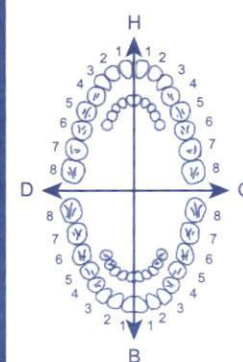
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة

ORDONNANCE



le 09/01/2024

M. EL Bessali Radda

1) Levalogel 13.40x3 p.k (S.V)

PHARMACIE ISMAILIA
Rue Abou Al Wakt
Bourgogne - Casablanca
Tél : 022.35.97.44

2) Diamox 28.20x7 p matin avant rep (S.V)

3) Galvus Met 60/1000 380x2 p sans cyprine (S.V)

(un de 3 med)

977,60

PHARMACIE ISMAILIA
Rue Abou Al Wakt
Bourgogne - Casablanca

Dr. OK EL MOUTTAQUI
ICE: 001861940000004
INPE: 091183737

Polyclinique CNSS Ziraoui-Adresse BD.Ziraoui Bourgogne - Casablanca

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

44 FAX:05 22 36.94.92ICE:001535520000021 INPE:92034867

TOTAL	:	977.60
TOTAL NET:		977.60



وصفة ORDONNANCE

le

M. el Bessali Raki

T8m

18/05/2015

de, 18/05/2015

T8, 18/05/2015

18/05/2015



DR. OKEL MOUTTAQUI
INPE : 091183/31
ICE: 001861940000004

DR OK EL MOUTTAQUI

Madame EL BESSALI RAKIA

Demande n° **10/09/21-1-0065**

20000 CASABLANCA

Date et heure d'enregistrement : 10/09/21 10H00

Date et heure de prélèvement : 10/09/21 10H08

Date de naissance : 01/01/1955

Hors tiers payant -

Demande n° **10/09/21-1-0065** - -

Edité le : vendredi 10 septembre 2021

N° CIN/Passeport **B399990**

Biochimie

		Valeurs de référence	Antériorités
Cholestérol	1,50 g/L	inf. à 2,00	29/04/21 1,66
Spectrophotométrie (Architect ci4100)			
Triglycérides	0,97 g/L	0,35 à 1,59	29/04/21 1,26
Spectrophotométrie (Architect ci4100)			
Cholestérol H.D.L.	0,55 g/L	0,35 à 0,86	29/04/21 0,59
Spectrophotométrie (Architect ci4100)			
Dosage du Cholestérol L.D.L	0,76 g/L		29/04/21 0,82
Rapport Cholestérol H.D.L./L.D.L	0,72		0,72

	LDL
	g/l
Prévention primaire	
• sujets sans autre facteur de risque	< 2,20
• sujets ayant un autre facteur de risque	< 1,90
• sujets ayant deux autres facteurs de risque	< 1,60
• sujets ayant plus de deux autres facteurs de risque	< 1,30
Prévention secondaire	
• sujets ayant une maladie coronaire	< 1,30
Prévention secondaire US	
• sujets ayant une maladie coronaire	< 1,00

Ce tableau se réfère aux valeurs énoncées par l'AFSSAPS en 2005.

Validé le 10/09/21

Dr. Samira KACIMI
Pharmacien spécialiste
en Biologie Médicale
Institut Pasteur du Maroc





Institut Pasteur
du Maroc

معهد باستور المغرب
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

فاتورة
Facture

« Que l'on multiplie les laboratoires pour
que l'humanité grandisse, se fortifie et
devienne meilleurs » Louis Pasteur

Madame EL BESSALI RAKIA

Réf: 10/09/21-1-0065

Par:KMOUS / 10/09/21 /

CIN:B399990 Né(e) le : 01/01/1955 soit:66 A Tél: 0662419862 ville: CASABLANCA

MAT:6052

Médecin : DR OK EL MOUTTAQUI Tél: 0522203856

Date et heure de passage :10/09/21-10h00

INPE :



ICE :001594848000023

Liste des Examens/Prescription

BC_CT BC_TG BC_HDL BC_LDL PR_10DH TIMB_1DH

Total dossier r : 182.00
Part Client : 182.00
Part : 0.00
Part : 0.00
Part : 0.00

PATIENT



L'Institut Pasteur du Maroc collecte et traite vos données à caractère personnel en vue d'identifier vos prélèvements, mettre à jour votre historique d'analyses et garantir vos droit à la prise en charge. Ces données peuvent être transmises à des laboratoires externes en cas de sous-traitance.

Vous pouvez contacter le service qualité (qhs@pasteur.ma) pour exercer vos droits conformément aux dispositions de la loi



Institut Pasteur
du Maroc

معهد باستور المغرب
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

توصيل لسحب نتائج التحليلات الطبية
Reçu pour Retrait des Résultats des Analyses Médicales

Madame EL BESSALI RAKIA

Réf: 10/09/21-1-0065

Par: KMOUS / 10/09/21 /

Liste des Examens

BC_CT BC_TG , BC_HDL BC_LDL PR_10DH TIMB_1DH

Total dossier : 182.00
Part Patient : 182.00
Part AMO : 0.00
Part AMC : 0.00
Part Corres. : 0.00

PATIENT

CAB Num Demande



CAB Num CIN



J'autorise le porteur du présent reçu à récupérer mes résultats d'analyses effectuées à l'IPM

RETRAIT RESULTAT LE:

Téléphone pour information Casablanca 0522434471/72 Tanger 0539931111

Sauf Samedi, Dimanche et Jours fériés


10/09/21 de 09h00 à 15h00

تاريخ سحب النتائج

ما عدا السبت والأحد والأعياد

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 : 2483		N° SEJOUR : 210012187		FACTURE N° 2102003092		DATE D'ENTREE : 09/09/2021		DATE DE SORTIE : 09/09/2021					
ASSURE :						DESTINATAIRE : EL BESSALI RAKIA							
MALADE : EL BESSALI RAKIA													
NOM JEUNE FILLE :													
TIRS PAYANT 1 :													
TIRS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :									
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
				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 COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE			Cs	1.00	150.00	150.00						0.00	150.00

Intervenant : 792015 DR EL MOUTTAQUI OUM KALTOUM ENDOCRINOLOGIE		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 : 09/09/2021		EDITEE LE : 09/09/2021		PAR: LANSAR		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					

