

# 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.

## 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.

## Prothèse :

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

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- 062019

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071 Société : nchoute 111668  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ALAOUI Mohamed  
Date de naissance : 31.12.1942  
Adresse : BOUSKOURA GOLF city villa Vite n°681 + village  
Tél. : 0608016655 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : Age :  
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 : CAH Le : 14 / 3 / 2022  
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
14/03/22			150,00	

# 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
	14/03/22	226	46,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

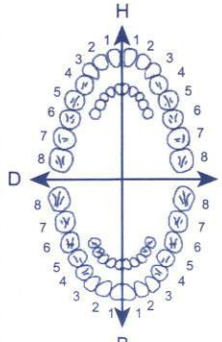
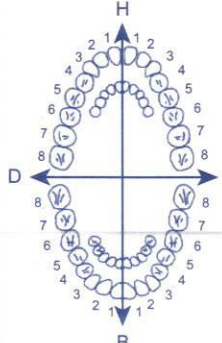
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 de

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 COEFFICIENT 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																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

le 14/03/22

Dr. A. A. A. A.

A87

de bout

FALC + Imfl



N. SEKKAT  
Maladies Digestives  
Chirurgie de L'Anus  
CNSS  
051.07.30.38



[CPA]

24/03/22

ATC) rev RAS

ASST, Joli I

Allège -

OS) 3u

Clus RTUP. il y a 02 ans

L'ex clinique. BAC régulier. Sary

Suffr / pas de val

Biologie au long

programme pour l'élevé sans sédation  
EG à faire

(OK) am rev  
analyse



Jr. Abdelilah BACHAR  
Anesthésiste-Réanimateur  
I.N.P 091173427

✓



# وصفة ORDONNANCE

le 10/03/22 -

Dr. Alami

SNP

CPA

pour traitement  
sous le

ben extract de

corps  
etnauf





وصفة  
ORDONNANCE

le 10/03/22

Dr Alami

1/ Fortuon 15/c  
4c = bon le  
Veille de l'edou

2c entre 14h et 16h

2c " 20h et 22h

2/ Contalox

2cp - 16h  
2cp - 18h  
2cp - 20h  
2cp - 22h

Spécialiste des Maladies Digestives  
Poly CNSS  
Tél: 05 22 20 38 56



وصفة  
ORDONNANCE

le 16/03/22

Dr Alami Mohamed

NFS - 19

  
Abdelilah BACHAR  
Médecin - Réanimateur  
I.N.P. 091173427





الضمان الإجتماعي

الجمعية المغربية لأمراض العظام

C N S S

Le devoir de vous protéger

17-6071

# IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur - Panoramique Dentaire -  
Ostéodensitometrie - Scanner Multibarettes .

مصحة  
POLYCLINIQUE



الزيراوي  
ZIRAOU

Casablanca, le 14/03/2022

**NOM : Mr ALLAOUI MOHAMED.**

**MEDECIN DEMANDEUR : Dr.**

**EXAMEN : Radiographie ASP (F+P).**

- Absence de niveau hydro aérique.
- Ostéophyte antérieur du corps vertébraux
- Pincement des concave des corps vertébraux d'allure ostéoporotique.

**Dr A. BENBRAHIM**







92 6077



## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

Casablanca, le 15/03/2022

NOM ET PRENOM **ALAUI MOHAMMED**  
REF **7768**  
SERVICE **EXTERNE**

### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES N° E6 DU 14/03/2022

#### Examen Macroscopique.

Aspect : CLAIR  
Couleur : JAUNE  
Culot : FAIBLE

#### Examen Direct (Cytologie).

Cellules Epithéliales : QUELQUES

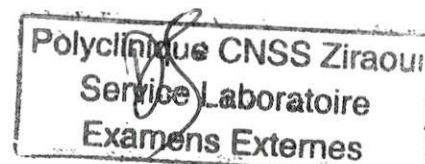
Leucocytes : QUELQUES  
Hématies : RARES

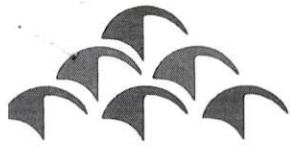
Cylindres : ABSENCE  
Cristaux : ABSENCE

Coloration de Gram : NEGATIVE

Numération de Germes :  $< 5 \times 10^5$

Culture sur Milieux Usuels et Spécifiques : NEGATIVE





الضمان الإجتماعي

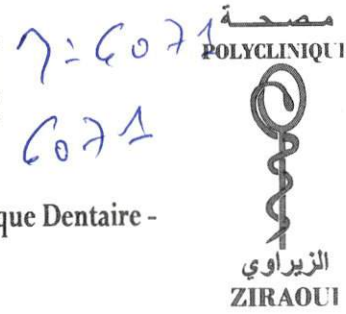
الجمعية الوطنية لاختصاصات الأشعة السينية

C N S S

Le devoir de vous protéger

# IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur - Panoramique Dentaire -  
Ostéodensitometrie - Scanner Multibarettes .



Casablanca, le 10/03/2022

**NOM : MR ALAOUI MED.**

**MEDECIN DEMANDEUR : Dr**

**EXAMEN : Echographie rénale et vésico-Prostatique.**

**Echographie rénale :**

- Reins de taille et de situation normales, de contours réguliers, rein droit (50x113mm) et rein gauche (49x109mm) avec une bonne couverture parenchymateuse, sans dilatation des cavités rénales ni obstacle lithiasique visible.

**Echographie vésico-prostatique :**

- Vessie de capacité moyenne et a paroi limite et a contenu finement échogene évoquant une infection urinaire.
- Prostate hétérogène refermant des multiples calcifications infra centimétrique son poid et estimé a 35g
- Résidu post-mictionnel estimé à 17 cc.

**Dr K. EL HASNAOUI**



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

Casablanca, le 15/03/2022

NOM ET PRENOM ALAOUI MOHAMMED  
REF 7768  
SERVICE EXTERNE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES  
N° E6 DU 14/03/2022

**Examen Macroscopique.**

Aspect : CLAIR  
Couleur : JAUNE  
Culot : FAIBLE

**Examen Direct (Cytologie).**

Cellules Epithéliales : QUELQUES

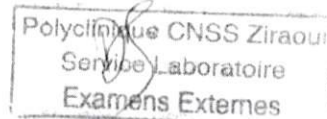
Leucocytes : QUELQUES  
Hématies : RARES

Cylindres : ABSENCE  
Cristaux : ABSENCE

Coloration de Gram : NEGATIVE

Numération de Germes :  $< 5 \times 10^5$

Culture sur Milieux Usuels et Spécifiques : NEGATIVE



Casablanca, le 14/03/2022

**NOM : Mr ALLAOUI MOHAMED.**

**MEDECIN DEMANDEUR : Dr.**

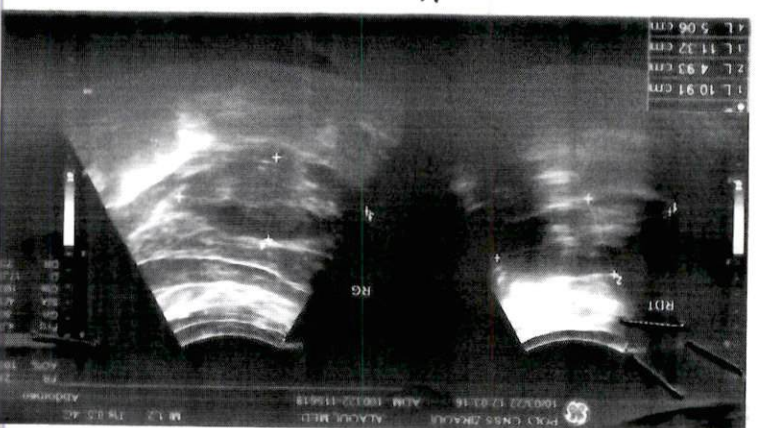
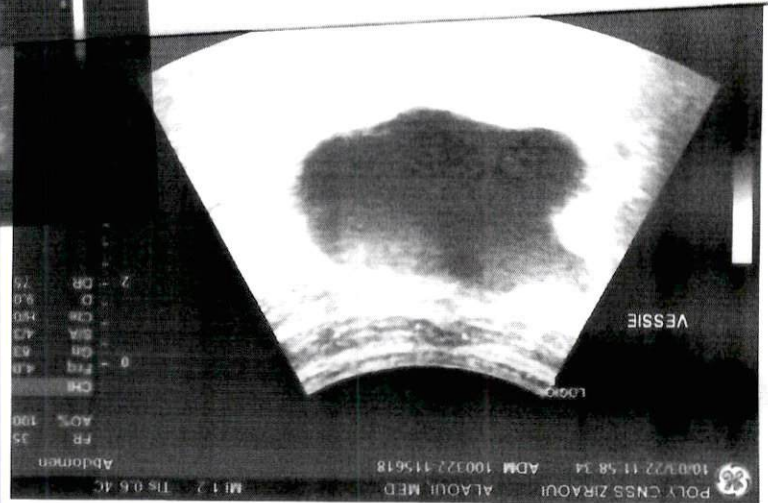
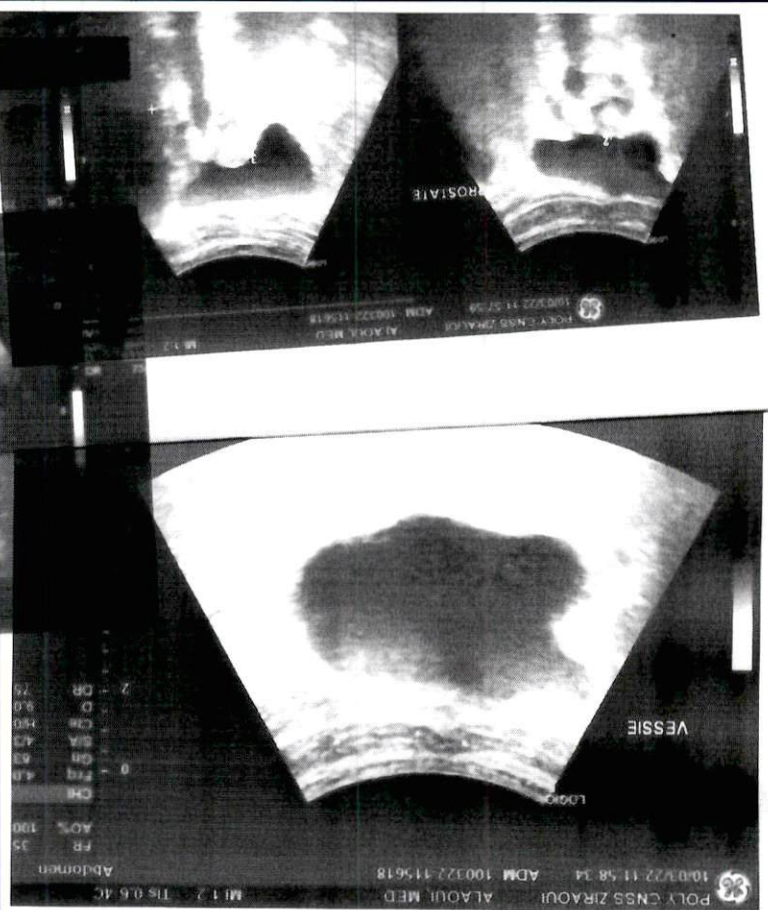
**EXAMEN : Radiographie ASP (F+P).**

- Absence de niveau hydro aérique.
- Ostéophyte antérieur du corps vertébraux
- Pincement des concave des corps vertébraux d'allure ostéoporotique.

**Dr A. BENBRAHIM**









N° IPP : 736904		N° SEJOUR : 220008107		<b>FACTURE N° 2203002140</b>		DATE D'ENTREE : 14/03/2022		DATE DE SORTIE : 14/03/2022	
ASSURE :						DESTINATAIRE : <b>ALAOUI, Mohammed</b>			
MALADE : ALAOUI, Mohammed				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 :					

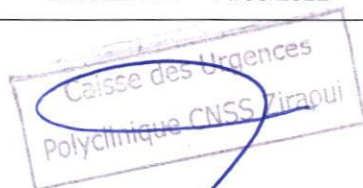
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>										
Acte de Radiologie Médicale	Z	16.00	10.00	160.00					0.00	160.00

Intervenant : 51213 DR BENBRAHIM ABDELILAH RADIOLOGUE	TOTAUX :	160.00						160.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	160.00			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						

DATE FACTURE : 14/03/2022	EDITEE LE : 14/03/2022	PAR: R8174	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	





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 : 736904	N° SEJOUR : 220008119	<b>FACTURE N° 2202002441</b>		DATE D'ENTREE : 14/03/2022		DATE DE SORTIE : 14/03/2022				
ASSURE :				DESTINATAIRE : ALAOUI, Mohammed						
MALADE : ALAOUI, Mohammed		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
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 COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 23072012 BACHAR ABDELILAH ANESTHESIE-REANIMATION	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS		REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 14/03/2022	EDITEE LE : 14/03/2022	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.C.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 : 736904		N° SEJOUR : 220008095		<b>FACTURE N° 2202002428</b>		DATE D'ENTREE : 14/03/2022		DATE DE SORTIE : 14/03/2022			
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>ALAOUI, Mohammed</b>							
MALADE : ALAOUI, Mohammed											
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 DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
Intervenant : M0200036 DR SEKKAT NASREDDINE					TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :					PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS					REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
					RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 14/03/2022					EDITEE LE : 14/03/2022		PAR: SIBAI		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		

