

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W21-764001

MUPRAS
RECEPTION 9

132353

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5285 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ziati Miloud

Date de naissance : 08.10.1957

Adresse : Lot Wafan N° 284 Deroua Berrechid

Tél : 07 00 79 40 65 Total des frais engagés : 1049 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/08/2022

Nom et prénom du malade : Tayach Rabian 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 : DEROUA Le : 06/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : Ziati Miloud

VOI ET AD

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
31/08/22	Cs		1500,00	INP : [] [] [] [] [] [] [Signature] CNSM MARRAKECH

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	31/05/22	ECHOGR	200,00

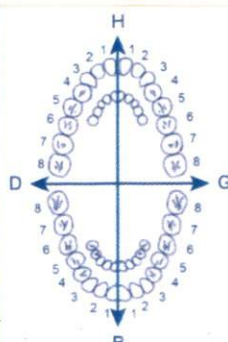
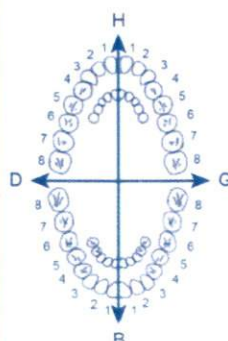
[illegible]

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 l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				METEOSPASMYL® B 20 caps molles Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg P.P.V. : 40,40 DH Distribué par COOPER PHARMA 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca LOT: 22010B EXP: 01/2024 PUC: 280,00DH										
				6 1 18001 100293										
				LOT: 22010B										
				EXP: 01/2024										
				PUC: 280,00DH										
				MONTANT DES SOINS LOT: 22010B PER: 12/2024 PPU: 102,00 DH										
				DEBUT D'EXECUTION 10/2025 21J02 72,80 DH										
				FIN D'EXECUTION										
				Coefficient des travaux 01-2025 22-004										
				MONTANTS DES SOINS A consommer de préférence avant fin : N° de lot : PPC = 95,00 DHS										
			DATE DU DEVIS											
			DATE DE L'EXECUTION											
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;">H</div> <div style="text-align: left;">G</div> </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	B													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Le 31/08/22

Nom: TAACH RASIA

40,40

1) Meteospa/muf
 80,0 1 gel x 3 j

2) Symetix
 100,0 16 j

3) Aulcar 20 mg
 72,0 1 gel

4) Antimetul
 100,0 16 x 3 j

5) Antigos
 90,0 16 x 3 j

6) Caxto mag
 699,0 16 j

SV

SV

SV

SV

SV

SV

PHARMACIE AL NARAMAINE
 Dr. Youssef LAKMACHI
 Pharmacie

N° 13, Zone 44 M, GH 10, Portes de Marrakech 2
 Inara - Marrakech . Tel 05 24 01 76 66

DR ISMAIL YOUNES
 POLYCLINIQUE CNSS-MARRAKECH
 MEDICIN GASTRO-ENTEROLOGUE
 INP/10/22/558

DR ISMAIL YOUNES
 POLYCLINIQUE CNSS-MARRAKECH
 MEDICIN GASTRO-ENTEROLOGUE
 INP/10/22/558



DECISION MEDICALE D'ORIENTATION



NOM ET PRENOM :

Abin Tayach

N° C.N.S.S. ou de Mutuelle :

RENDEZ-VOUS

N°

DATE

31/08/2022

HEURE

NOM DU MEDECIN :

DIAGNOSTIC :

H lipasi
21 Nfs

Date d'admission proposée :

Service Médical :

DATE

SIGNATURE

N° Chambre

N° LIT

DR ELABIDI KARIMA
MÉDECIN GÉNÉRALISTE
VACATAIRE
INPE: 071213128
CNSS
POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

Dr. Imane BENJELLOUN
MÉDECIN BIOMÉDICAL
VACATAIRE
INPE: 14711115
CNSS
POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

وصفة
Ordonnance



Le: 31/08/12

Nom : Tarek f-bian

Mirav 40-7 gel
1 gel 6h 14,3

2 Rosaf 80-7
1-1 0035

Dr EL ABIDI
Médecin Généraliste
CNSS INP
POLYCLINIQUE


Dr EL ABIDI
MÉDECIN GÉNÉRALISTE
MÉDECIN VACATAIRE
INPE 071213129
POLYCLINIQUE MARRAKECH

وصفة Ordonnance



Le: 31/01/22

Monty-ch Fabin

Patient Agé de (1562) 60

ATCD: Hépatite ?

symptôme par douleur

Abdominal épigastrique

ECC: normale

Lipase: 33 u/L

AB: 11,78 x 10³/mm³

Rendu de suite

Echo-Abdominal


DR SIDKI HILA
MEDECIN GENERALISTE
MEDECIN VACATAIRE
INPE 071218128
POLYCLINIQUE ENSE MARRAKECH



Le: 3768/22

K. TAYACH Rabia

- N P - H
- T P - TCIC
- AP DT / M / H
- GGT IPDL
- Bilirubin - total
- Albumin
- Cholesterol GGT
- Triglycerides
- GDS HB and

Dr. J. EL ATIM
CENTRE D'EXAMENS
POLYCLINIQUE CH. EL MARRAKECH
N°101 05 22 55 58

60



27/08/12

17/04/2014 14:54

Handwritten signature and initials: "C. D. [illegible]"

Leto : 2020

Dr. J. S. ...

Chen

Mac de J
Cde

John

POLYCLINIQUE ADDAMAN - MARRAKECH

Route de Targa

40000 MARRAKECH

Tél: 0524-34-70-51/73 Fax: 0524-34-42-65

INPE: 070001466 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 247912 N° SEJOUR : 220021592 FACTURE N° 2203004865

DATE D'ENTREE : 31/08/2022 DATE DE SORTIE : 31/08/2022

ASSURE :
MALADE : TAYACH, Rabia
NOM JEUNE FILLE :
TIERS PAYANT 1 :
TIERS PAYANT 2 :
REF. PC 1 :
REF. PC 2 :
UF: 5003 RADIOLOGIE
N° IMMAT C.N.S.S :
N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :
DESTINATAIRE :
TAYACH, Rabia

REF. PC 1 : REF. PC 2 : N° SE. SOC. ETRANG. :

NATURE DE PRESTATION	LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
	CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE										
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00
Intervenant : V0144 DR TAOUIL ABDELALI (RADIOLOGUE)				TOTAUX :						200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENTS DHS

PLAFOND PC : ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE : AVOIR:

RESTE DU: 200.00

DATE FACTURE : 31/08/2022

EDITEE LE : 31/08/2022 PAR: KENZA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

N° DE POLICE :

DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN - MARRAKECH
BANQUE : BMCE - MARRAKECH MENARA
N° compte bancaire : 011 450 0000 12 210 00 60620 67





N° IPP : 247912

N° SEJOUR : 220021628

FACTURE N° 2202010455

DATE D'ENTREE : 31/08/2022

DATE DE SORTIE : 31/08/2022

ASSURE :

MALADE : TAYACH, Rabia

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

TAYACH, Rabia

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 SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M1300007 DR EL ATMANI JAMAL(GASTRO-ENTEROLOGUE)

TOTAUX :

150.00

150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :

REMISE :

0.00

REGLE :

ACOMPTE :

AVOIR :

RESTE DU :

150.00

DATE FACTURE : 31/08/2022

EDITEE LE : 31/08/2022

PAR : SALMA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

N° DE POLICE :

DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de :

BANQUE :

N° compte bancaire :

POLYCLINIQUE ADDAMAN - MARRAKECH

BMCE - MARRAKECH MENARA

011 450 0000 12 210 00 60620 67



Nom et prénom de l'assuré :

Date de naissance :

Nom et prénom de l'assuré (e) :

Numéro d'immatriculation :

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que

l'assuré(e)) :

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à barres* :

/ / / / / / / / / /

Date de la consultation: / / / / / / / / / /

Diagnostic et motif des soins :

Antécédents et facteurs de risque :

Examen clinique à l'admission :

Résultats des bilans para cliniques :

Libellé et nature des soins :

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /

Fait à :

Le : / / / / / / / / / /

Signature et cachet du médecin traitant

31/08/22

*Accoler l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de Santé et des Établissements de Soins, ainsi que le code à barres.

Adresse OG :

Fax :

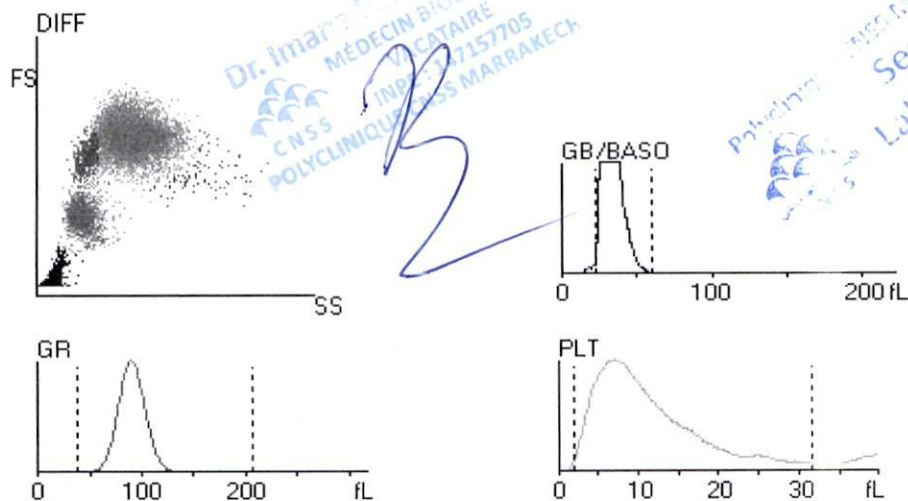
Tél. :

POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

ID patient : Nom: Prénom: Sexe:
 Age: Date naiss.: Service: Lit N°:
 ID échant.: TAYACH RABIA Hr test: 31-08-2022 03:13 Mode: WB CBC+DIFF
 Diagn. clinique:

Paramètre		Résultat	Unité	Plage réf.	
GB	H	11.78	x10³/uL	4.00 - 10.00	Repère GB Anomalie cytogramme GB ?
% neu	H	78.6	%	50.0 - 70.0	
% lym	L	16.7	%	20.0 - 40.0	
% mon		3.5	%	3.0 - 12.0	
% éos		1.0	%	0.5 - 5.0	
% bas		0.2	%	0.0 - 1.0	
Neu.	H	9.25	x10 ³ /uL	2.00 - 7.00	
Lym.		1.96	x10 ³ /uL	0.80 - 4.00	Repère GR
Mon.		0.43	x10 ³ /uL	0.12 - 1.20	
Eos.		0.12	x10 ³ /uL	0.02 - 0.50	
Bas.		0.02	x10 ³ /uL	0.00 - 0.10	
GR		4.93	x10⁶/uL	3.50 - 5.50	
HGB		15.2	g/dL	11.0 - 16.0	
HCT		45.8	%	37.0 - 54.0	
VGM		92.8	fL	80.0 - 100.0	Repère PLT
TMH		30.8	pg	27.0 - 34.0	
CCMH		33.2	g/dL	32.0 - 36.0	
IDR-CV		12.5	%	11.0 - 16.0	
IDR-DS		48.2	fL	35.0 - 56.0	
PLT		167	x10³/uL	100 - 300	
VMP		10.1	fL	6.5 - 12.0	
IDP		16.9		9.0 - 17.0	
PCT		1.69	mL/L	1.08 - 2.82	
* % LYA		0.2	%	0.0 - 2.0	
* % GCI		0.0	%	0.0 - 2.5	
* LYA		0.02	x10 ³ /uL	0.00 - 0.20	
* GCI		0.00	x10 ³ /uL	0.00 - 0.20	

* indique une utilisation réservée à la recherche, utilisation diagnostique interdite



Collect.:
 Hr prélèv.: 31-08-2022
 Remarques:

Opérateur: 1
 Hr réception: 31-08-2022

Valideur:
 Heure impr.: 31-08-2022 03:13:45

*Le rés. corres. unique à l'échant. ana.

[Nom Laboratoire]POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

[Adresse]Route de Targua

[Téléphone]0661107358

Données Patient

Nom

TAYACH RABIA

Sexe

Date de Naissance

Analyse réalisée par

Autres données

Type d'échantillon

SER

Date

31/08/2022

Technique

Valeur

Unités

Rang Référence

Observations

LIPASE

33

U/L

0-38

Polyclinique CNSS Marrakech
Service
Laboratoire

Signature