

# 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

M22- 0035531

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1092 Société : 138867  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KOUSSAIMY MUSTAPHA  
 Date de naissance : 1948  
 Adresse : 3BIS Rue NIZAR EL ABIDI BOURGOGNE  
 CASA  
 Tél. : 0666814672 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/11/2022  
 Nom et prénom du malade : Bou KALLABBA Khadyja Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Douleur thoracique  
 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 : Le : / /

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
22/11/21	12001	1	360,82	 Dr. Kaoutar LAASSAL MEDECIN GENERALISTE POLYCLINIQUE ADDAMAN ZIRAOUH
22/11/21	12001	1	1507,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE NICE  
1. Av. Nice Residence Bourigade  
RD Mg. 103 Bourgogne  
Cassis  
Tél : 04 72 24 93 39

12/11/21

25100

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

12/11/21

B250

2500

# 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 :

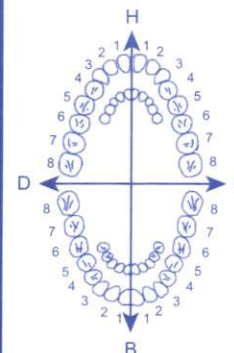
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient 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 00000000 G  
35533411 11433553  
B

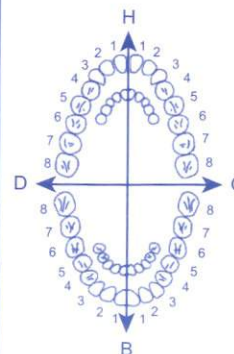
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

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



le 12/11/2022

Mme. Boukallabba Khadija

gr, w

1. Extramag

1cp / J le matin pdt 1 mois

Date de fabrication :  
A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

10%  
10%  
09%

PHARMACIE NICE  
1, Av. NICE Résidence Bourgo  
RD Mg. Casablanca  
Tél : 05 22 22 44 93 39

Dr. KAOUL LAASSAL  
MEDECIN GENERALISTE  
POLYCLINIQUE ZIRAOU  
ZIRAOU  
VOTRE SANTÉ NOTRE PRIORITÉ

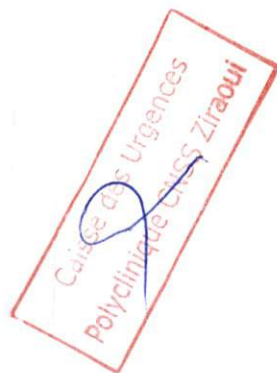
# وصفة ORDONNANCE



le 12/11/2022

Mr. BouKallabba Khadija

Troponine





## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT



Nom : Boukattaba Prénom : Khadija

1) Date de la constatation de l'état de malade :

12/11/2022

2) Renseignements cliniques sommaires :

Douleur Abdominale

3) Traitement envisagé et actes :

K10 + ECE  
Trépanation

Régime de paracétamol

2) Durée prévisible du traitement :

A

LE

12/11/2022

Signature



## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

CASABLANCA, le 12/11/2022

NOM ET PRENOM BOUKALLABA KHADIJA  
REF/ 7579  
SERVICE EXTERNE

### TROPONINE I

TITRE = 0,01 µg/l

Valeurs normales < 0,06 µg/l



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 : 754871		N° SEJOUR : 220037584		<b>FACTURE N° 2205014086</b>		DATE D'ENTREE : 12/11/2022		DATE DE SORTIE : 12/11/2022		
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>BOUKALLABA, Khadija</b>				
MALADE : BOUKALLABA, Khadija										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :										
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>AUTRES ACTES COTES EN K</b> Acte de Spécialité Médicale	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
<b>ACTES COTES EN C</b> E.C.G	ECG	1.00	100.00	100.00					0.00	100.00
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>				15.02					0.00	15.02
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				20.80					0.00	20.80

Intervenant : 10674 DR LAASSAL KAOTAR		TOTAUX :		360.82						360.82
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT SOIXANTE DHS ET QUATRE-VINGT DEUX CENTIMES				PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
				REMISE :	0.00	REGLE :	360.82		AVOIR :	
				RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 12/11/2022				EDITEE LE : 12/11/2022		PAR: R8174		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				



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 : 754871	N° SEJOUR : 220037585	<b>FACTURE N° 2202012130</b>		DATE D'ENTREE : 12/11/2022		DATE DE SORTIE : 12/11/2022				
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>BOUKALLABA,Khadija</b>						
MALADE : BOUKALLABA,Khadija										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :										
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 COTES EN C</b>										
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M0200042 DR ELHASSANI LALA FATIMA EZZAHRA	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 : 12/11/2022	EDITEE LE : 12/11/2022	PAR: R8174	<b>ACCIDENT DE TRAVAIL :</b>					
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			

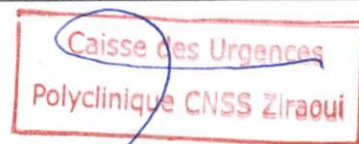


POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU  
 Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA  
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91  
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602053,



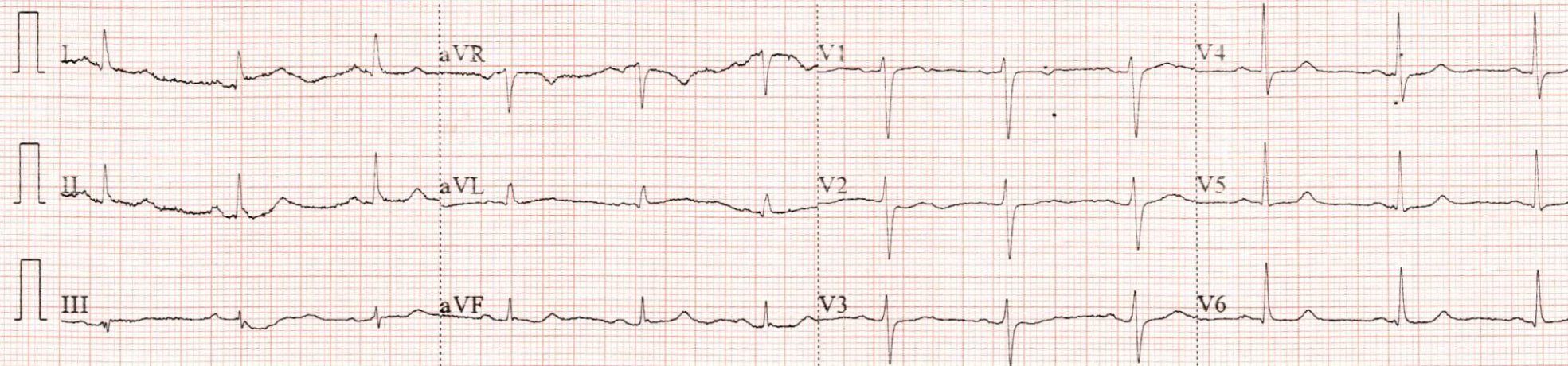
N° IPP : 754871		N° SEJOUR : 220037579		<b>FACTURE N° 2204002640</b>		DATE D'ENTREE : 12/11/2022		DATE DE SORTIE : 12/11/2022			
ASSURE :				UF: 5004 LABORATOIRE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>BOUKALLABA, Khadija</b>					
MALADE : BOUKALLABA, Khadija											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
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 BIOLOGIE</b>											
Acte de Biologie Médicale		B	250.00	1.10	275.00					0.00	275.00

Intervenant : 106999 EQUIPE LABO DE BIOLOGISTES LABORATOIRE D ANALYSE DE TOTAUX :					275.00						275.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT SOIXANTE QUINZE DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
					REMISE :	0.00	REGLE :	275.00		AVOIR :	
					RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 12/11/2022					EDITEE LE : 12/11/2022					PAR: R8174	
VISA					ACCIDENT DE TRAVAIL : N° DE POLICE : 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						





ID: 1946 12-11-2022 17:18:02



0.67~25Hz AC50 25mm/s 10mm/mV ♥69 SE-300 V1.0 SEMIP V1.7

ID: 1946

Information Analyse:

Rythme de sinus

\*\*\* ECG Normal \*\*\*

35 Année  
cm

mmHg

kg

Boukallabba Khadija

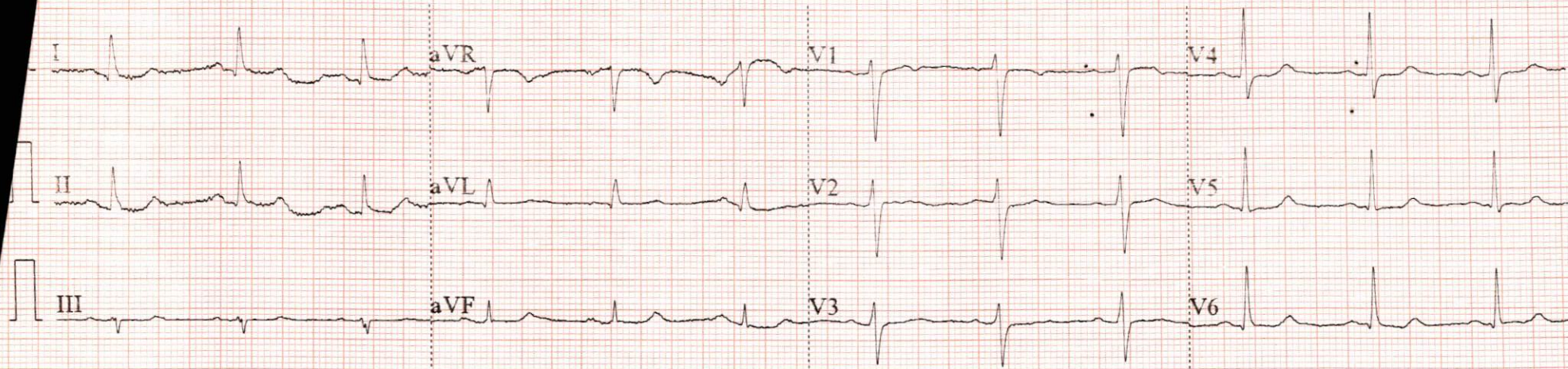
12/11/2022

FC : 69 bpm  
P : 112 ms  
PR : 156 ms  
QRS : 96 ms  
QT/QTc : 398/429 ms  
P/QRS/T : 54/29/52 °  
RV5/SV1 : 0.997/1.081 mV

Rapport confirmé par:



ID: 1946 12-11-2022 17:16:35



0.67-25Hz AC50 25mm/s 10mm/mV ♥72 SE-300 V1.0 SEMIP V1.7

ID: 1946

35 Année  
cm

mmHg

kg

Information Analyse:

Rythme de sinus

Progression pauvre de R(V3)

BouKallabba

Khadija

12/11/2022

FC : 72 bpm  
P : 113 ms  
PR : 162 ms  
QRS : 93 ms  
QT/QTc : 390/428 ms  
P/QRS/T : 52/22/56 °  
RV5/SV1 : 0.959/1.086 mV

Rapport confirmé par: