

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Altal Ben Abdellah - 6ème Etage Anglè Rue Mohamed Fakir et Rue Ailal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-485631

24426

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2684 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Ben Cheikh Naouha

Date de naissance : 20-08-1954

Adresse : 26B Golf city, ville verte

Tél. : 06 63117910 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Bencheikh Naouha

Lien de parenté : Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Neuralgie cervico-brachiale

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 : 13-10-2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT



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
10/1/23	Service de Consultation	1	150/12	INP 0912121262 DI MANAF Salma NEUROLOGUE EEG EMG الطبيب التخليط العصبي

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Rés. 05 22 33 49 81 Pharmacie El Anassour, CHA INPE: 092084624	123,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue 10/1/23 Service de Consultation POLYCLINIQUE	10/1/23		10002

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		PM	IM	IV	
12101123 Cachet et signature du Particien	10/1/23				

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	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																				
				MONTANTS DES SOINS [ ]																				
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																				
				FIN D'EXECUTION [ ]																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H		G																					
	25533412	21433552	00000000	00000000																				
	00000000	00000000	00000000	00000000																				
	00000000	00000000	00000000	00000000																				
00000000	00000000	00000000	00000000																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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**

P.P.V : 3700  
LOT :  
EXP :

le 10/01/23.

PPV: 86DH40  
PER: 07/25  
LOT: L2577-1

M. Bencheikh Nougha.

86,40

1 - Dolicox 90



37.-

1 cp 15

pendant 7j.

2 - Ace 400



Pharmacie Dyr Al Andalous  
Rés. Dyr Al Andalous, GH4  
N° 10 - BOUSKOURA  
Tél.: 05 22 39 49 41

1 cp x 3 j

7j.

Dr. MANAF Salima  
NEUROLOGUE  
EEG EMG

الطبقة - التخطيط الكهربائي للمخ  
للعضلات

وصفة  
**ORDONNANCE**

le 10/01/2023

Mme Bencherikh Nougha.

Cervicalgias

Dorsalgias

Neuralgias

Cervico-brachialgias

→ TON cervicale.



Dr. MANAF Salima  
NEUROLOGUE  
EEG EMG

المسكة - التخطيط الكهربائي للمغزلات



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 : 759887		N° SEJOUR : 230001549		<b>FACTURE N° 2303000470</b>		DATE D'ENTREE : 10/01/2023		DATE DE SORTIE : 10/01/2023			
ASSURE :				UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>BEN CHEIKH,Nouzha</b>					
MALADE : BEN CHEIKH,Nouzha											
NOM JEUNE FILLE :											
TIRS PAYANT 1 :											
TIRS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
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											
TDM ( y compris le produit de contraste		TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00 1000.00	

Intervenant : 10494 DR EL GHISSASSI NEZHA RADIOLOGIE		TOTAUX :		1000.00						1000.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
				REMISE :		0.00	REGLE :		1000.00	AVOIR :	
				RESTE DU:		0.00					
DATE FACTURE : 10/01/2023		EDITEE LE : 10/01/2023		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					





# IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur  
Echographie Cardiaque - Scanner Multibarettes



Casablanca, le 10/01/2023

**NOM : Mme BEN CHEIKH Nouzha.**

**MEDECIN DEMANDEUR : Dr S.MANAF.**

**EXAMEN : Scanner cervical.**

**Technique :**

Coupes axiales de 2 mm d'épaisseur sans injection de produit de contraste IV.

**Résultat :**

- En C5-C6 et C6-C7 :
  - \* Pincement des disques avec ostéophytose en regard.
- En C3-C4 :
  - \* Discrète hernie discale médiane faisant sailli dans l'espace épidual antérieur.
- Absence de hernie discale au niveau des étages sus et sous-jacents.
- Uncarthrose cervicale.
- Arthrose interapophysaire cervical étagée.
- Dimensions du canal cervical normales.
- Rectitude de la courbure cervicale.
- Déminéralisation osseuse modérée.

**Conclusion :**

- En C3-C4 : Discrète hernie discale médiane.
- Arthrose cervicale avec discopathie dégénérative en C5-C6 et C6-C7.
- Rectitude et inversion de la courbure cervicale.
- Déminéralisation osseuse modérée.

**Dr N. EL GHISSASSI**







N° IPP : 759887	N° SEJOUR : 230001524	<b>FACTURE N° 2302000509</b>		DATE D'ENTREE : 10/01/2023		DATE DE SORTIE : 10/01/2023					
ASSURE :				DESTINATAIRE : BEN CHEIKH,Nouzha							
MALADE : BEN CHEIKH,Nouzha		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		LETRE 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 : M0200035 DR MANAF SALIMA	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 : 10/01/2023		EDITEE LE : 10/01/2023		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		

