

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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**  
**M23-003148**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4582 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : GRAOUP ABDELICAL  
 Date de naissance :  
 Adresse : 15395A  
 Tél. : 0660212339 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 :  
 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 :  
 Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23- 0003148**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :



## 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

- Réclamation : [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 Allal Ben Abdellah - 6ème Et. - Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïza 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° W21-780574

en cours

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4582 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : GRAOUI Abdelilah  
 Date de naissance : 10-12-1958  
 Adresse : 109, Rue Abdelilah RATAI  
 Maaouf BASSA  
 Tél : 0660212339 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Asmaa EDDAHAR  
Service des Urgences  
Polyclinique CNSS  
INPE: 091188268  
 Date de consultation : 04/02/2023  
 Nom et prénom du malade : pancréatite aiguë Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : GRAOUI Abdelilah  
 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 : Casa Le : / /  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDDP N° A-A-315/2010



[illegible][illegible]

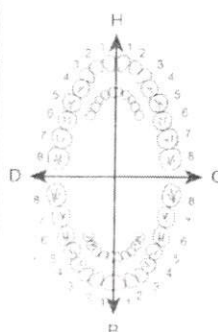
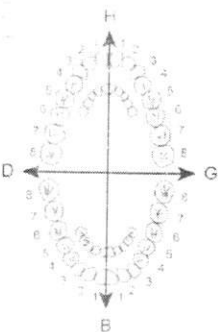
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/02/23	1.2m	2.000
	04/02/23	1.2m	2.000

[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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           01433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <hr style="width: 100%;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>
	<b>{Création, remant, adjonction}</b> Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>
				DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>
				DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>

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

# وصفة ORDONNANCE

le 04/02/2023

M<sup>E</sup> GRAOUI Abdelilah

Echo Ab = hydro cholecystite  
suspect de pancréatite

⇓

TDM Abdominale



~~Dr. ASMA EDDAHAR  
Service des Urgences  
Polyclinique CNSS  
INPE: 091188268~~

~~Dr. ASMA EDDAHAR  
Service des Urgences  
Polyclinique CNSS  
INPE: 091188268~~

# وصفة

## ORDONNANCE

le 04/02/2023

ME GRAOUI Abdelilah

Douleur abdominale, drs  
épigastriques, Vomissements

==  
\\

Echo graphie Abdominale



Dr. Asmaa EDDAHAR  
Service des Urgences  
Polyclinique CNSS  
INPE: 091188268





N° IPP :	762357	N° SEJOUR :	230005635	<b>FACTURE N° 2305001596</b>		DATE D'ENTREE :	04/02/2023	DATE DE SORTIE :	04/02/2023	
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES		DESTINATAIRE :				
MALADE :	GRAOUI, Abdelilah			N° IMMAT C.N.S.S :		GRAOUI, Abdelilah				
NOM JEUNE FILLE :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 1 :				N° SE. SOC. ETRANG. :						
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION				LETTR	NOMBRE	PRIX	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2	PART DU MALADE
				CLE	x COEF	UNITAIRE	TOTAL	% / Dh	MONTANT	% / Dh
ACTES COTES EN C										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F				CN	1.00	120.00	120.00			0.00
										120.00
Intervenant : M0200055 EDDAHAR ASMAA (GÉNÉRALISTE)				TOTAUX :		120.00				
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :				ACOMPTE:		
CENT VINGT DHS				REMISE :		0.00		REGLE :		120.00
				RESTE DU:		0.00		AVOIR:		
DATE FACTURE : 04/02/2023				EDITEE LE : 04/02/2023		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 - ZIRAOU  
Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA  
Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91  
INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 762357 N° SEJOUR : 230005630

FACTURE N° 2303001952

DATE D'ENTREE : 04/02/2023 DATE DE SORTIE : 04/02/2023

ASSURE :

MALADE : GRAOUI, Abdelilah

UF: 5003 RADIOLOGIE

DESTINATAIRE :

GRAOUI, Abdelilah

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	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										
TDM ( y compris le produit de contraste	TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00

Intervenant : 51213 DR BENBRAHIM ABDELILAH RADIOLOGUE

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 : 04/02/2023

EDITEE LE : 04/02/2023 PAR: ZAHID

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

Caisse des Urgences  
Polyclinique CNSS Ziraoui



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

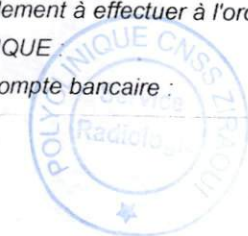


N° IPP :	762357	N° SEJOUR :	230005623	<b>FACTURE N° 2303001946</b>	DATE D'ENTREE :	04/02/2023	DATE DE SORTIE :	04/02/2023
ASSURE :					DESTINATAIRE :			
MALADE :	GRAOUI, Abdelilah			UF: 5003 RADIOLOGIE	GRAOUI, Abdelilah			
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :				
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT 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 DE RADIOLOGIE										
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant :	51213 DR BENBRAHIM ABDELILAH RADIOLOGUE	TOTAUX :	200.00					200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	DEUX CENTS DHS	PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
		REMISE :	0.00	REGLE :	200.00		AVOIR :	
		RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE :	04/02/2023	EDITEE LE :	04/02/2023	PAR :	ZAHID	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			

Caisse des Urgences  
Polyclinique C.N.S.S Ziraoui





## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

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

# COMPTE RENDU

**Mr GRAOUI ABDELILAH**

**Casablanca Le 04/02/2023**

## TDM ABDOMINALE

## TECHNIQUE

Examen réalisé en coupes axiales sans injection du produit de contraste.

## RESULTAT

Le pancréas est globuleux surtout au niveau de la tête . Infiltration de la graisse mésentérique au niveau céphalique.

Absence de coulée pancréatique et d'épaississement des fascias péri-rénaux.  
Vésicule biliaire normale.

Vésicule biliaire a paroi épaissi.

Foie homogène de volume normal, de contours réguliers et de densité homogène  
Absence de dilatation des voies biliaires

Absence de dilatation des voies biliaires intra ou extra hépatiques.

Les deux reins sont d'aspect fonctionnel et morphologie normale.

La rate est de taille normale et homogène.

### Répartition normale des structures digestives.

Absence de masse surrénalienne individualisable.

Vessie de bonne capacité normale.

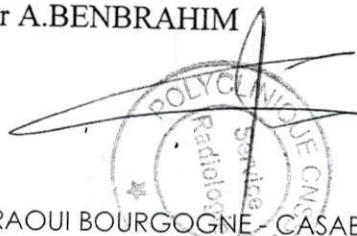
Absence d'épanchement et d'adénopathie profonde.

## CONCLUSION

### Pancréatite céphalique stade A.

### Vésicule multi lithiasique ( Echo Abdominale)

Dr A.BENBRAHIM



## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

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

### COMPTE RENDU

Mr GRAOUI ABDELILAH

Casablanca Le 04/02/2023

#### ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Vésicule biliaire : est distendue et le siège de plusieurs calculs de taille infra-centimétrique. Présence d'un discret épaissement pariétale

Absence de dilatation des VBIH et VBEH.

Pancréas globuleux.

Le tronc porte de calibre normal et perméable.

Foie homogène de volume normal de contours réguliers.

Les deux reins, et la rate sont normaux.

Absence d'ascite ou d'adénopathie profonde.

#### CONCLUSION

Aspect en vésicule biliaire multi micro lithiasique. Hydro cholécystite.

Pancréas globuleux Pancréatite ? A confronter au bilan

TDM abdominale complémentaire est souhaitable

Dr A.BENBRAHIM

