

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0058299

156908

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : 1238,00 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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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



# 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 Règlement des Actes
07-04-23	CS	15000		Dr. Achiaikh Milouda

# 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

07-04-23 A B 1000,00  
07-04-23 B 88,00

# 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 :

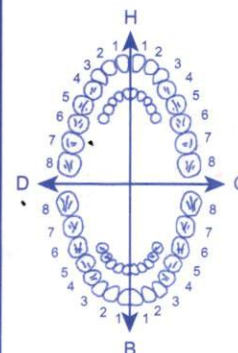
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

Coefficient  
DES TRAVAUX

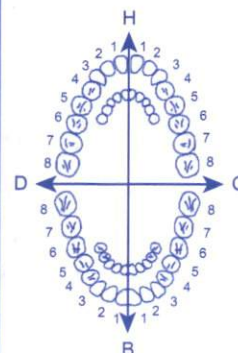
MONTANTS  
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



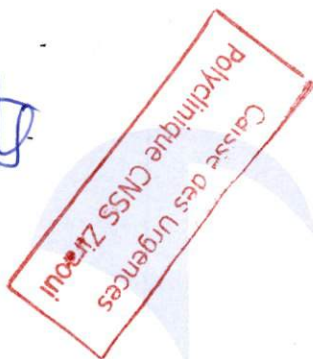
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE

le 7 / 04 / 23

MFS + Rg



Dr. Adhiakh Milouda  
Médecin Anesthésiste  
Réanimateur  
NPE 091016543

وصفة  
ORDONNANCE

le 07/04/23

Bouchaib Bencouala

Gastralgie

→ FC RD



Dr Mohammed BOUALAL  
Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif  
CNSS Ziraoui - INP: 091038539  
ICE: 0019224060000029

D Bencouala



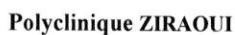
POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI  
Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA  
Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91  
INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 623444		N° SEJOUR : 230014077		<b>FACTURE N° 2305004191</b>		DATE D'ENTREE : 07/04/2023		DATE DE SORTIE : 07/04/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>BENOUALA, Bouchaib</b>							
MALADE : BENOUALA, Bouchaib											
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	
<b>ACTES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE</b>											
FIBROSCOPIE OESOGASTRODUODENAL(AVEC OU S		FIBRO	1.00	1000.00	1000.00					0.00 1000.00	

Intervenant : 21012008 BOUTALEB MOHAMMED GASTRO-ENTEROLOGIE		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 : 07/04/2023		EDITEE LE : 07/04/2023		PAR: R8658		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				





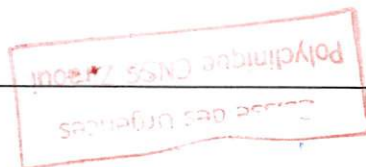
Bd ZIRAoui BOURGOGNE Tél : 022.20.38.56/59, 20.05.90 RDV 022203861 Fax 022.22.29.91

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 : 623444	N° SEJOUR : 230014076	<b>FACTURE N° 2302004799</b>		DATE D'ENTREE : 07/04/2023		DATE DE SORTIE : 07/04/2023				
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>BENOUALA,Bouchaib</b>						
MALADE : BENOUALA,Bouchaib		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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
<b>ACTES COTES EN C</b> CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : <b>M0200014 DR ACHIAKH MILOUDA</b>	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 : 07/04/2023	EDITEE LE : 07/04/2023	PAR: R8658	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			







N° IPP : 623444	N° SEJOUR : 230014094	<b>FACTURE N° 2304001237</b>		DATE D'ENTREE : 07/04/2023		DATE DE SORTIE : 07/04/2023				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : BENOUALA,Bouchaib		UF: 5004 LABORATOIRE		BENOUALA,Bouchaib						
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. ÉTRANG. :						
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	
<b>ACTES DE BIOLOGIE</b> Acte de Biologie Médicale	B	80.00	1.10	88.00					0.00	88.00

Intervenant : 106999 EQUIPE LABO DE BIOLOGISTES LABORATOIRE D ANALYSE DE TOTAUX :	88.00						88.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT HUIT DHS	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	88.00		AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 07/04/2023	EDITEE LE : 07/04/2023	PAR: R8658	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			



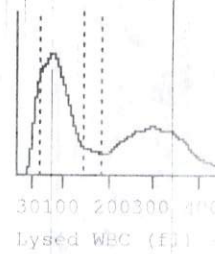
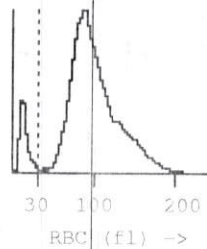
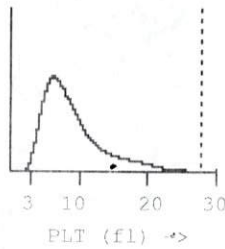


LABO CNSS ZIRAOUÏ  
 ID = BENOUALA BOUCHAI  
 ID2 =  
 SEQ = 9359  
 DATE = 07/04/2023  
 TIME = 15:30:51  
 WBC = H 10.2DE  
 RBC = L 2.70  
 HGB = L 8.4  
 HCT = L 26.5  
 MCV = 98.0  
 MCH = 31.3  
 MCHC = 31.9  
 PLT = 313  
 MPV = 9.1  
 GRAN = 5.1  
 LYM = 4.4  
 MID = 0.7  
 GRA% = 50.5  
 MID% = 5.7  
 LYM% = 43.8  
 LYM = 4.4

BLOOD OT

Normal ranges

$10^9/l$	3.5	:	10.0
$10^{12}/l$	3.50	:	5.50
g/dl	11.5	:	16.5
%	35.0	:	55.0
fl	75.0	:	100.0
pg	25.0	:	35.0
g/dl	31.0	:	38.0
$10^9/l$	100	:	400
fl	8.0	:	11.0
$10^9/l$	1.2	:	8.0
$10^9/l$	0.5	:	5.0
$10^9/l$	0.1	:	1.5
%	35.0	:	80.0
%	2.0	:	15.0
%	15.0	:	50.0
$10^9/l$	0.5	:	5.0



DR. Souhail Niamat ABOUDI  
 Médecin Biologiste  
 POLYCLINIQUE CNSS  
 ZIRAOUÏ  
 Le Devoir de Vous Protéger