

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 487 Société : _____

Actif Pensionné[e] Autre : _____

Nom & Prénom : _____

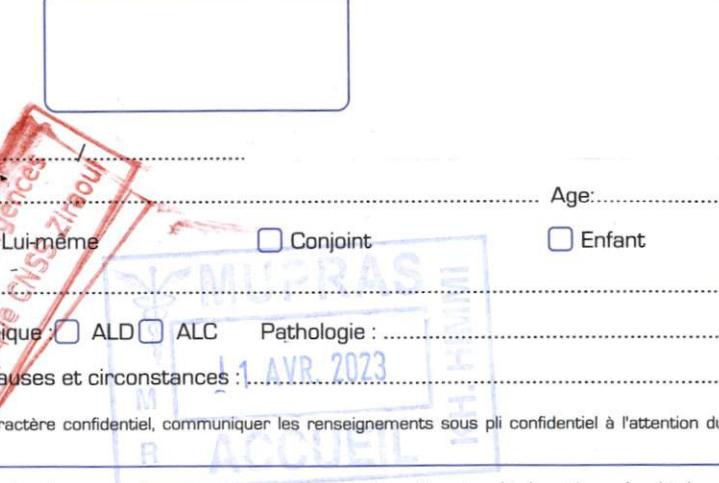
Date de naissance : _____

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 : 1 AVR 2023

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) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le remboursement des Actes
07-04-23	C	1500	0000	DR. ACHIAKH Miliouda Médecin Anesthésiste Polyclinique CNSS ZIRAOUI Caisse des Urgences

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI SERV. DE FACTURATION LABORATOIRE	07-04-23	AIB	100000
	07-04-23	B	8800

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
						000

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>

وصفة
ORDONNANCE

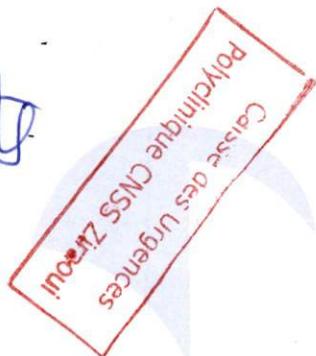
مصحة
POLYCLINIQUE

الزراوی
ZIRAOUI

le 7/04/23



Jr. Adhiakh Milouda
Anesthésiste
Médecin Réanimateur
NPE 091016543



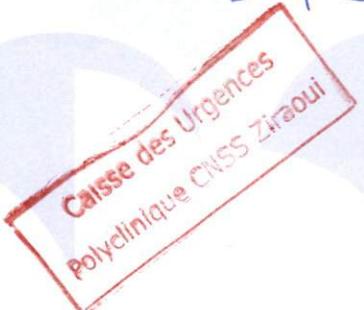
وصفة
ORDONNANCE

le 04/04/23

Bouchaib Benouala

Gastralgie

→ Rx RD



IC: 091922406000029
CNSS Ziraoui - INP: 091038539

Dr Mohamed HOUSSALIB
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif

Dr Benaïa
Bouchaib



الضمان الاجتماعي
CNSS

0 9 0 0 0 1 5 5 3

N° IPP :	623444	N° SEJOUR :	230014077	FACTURE N° 2305004191				DATE D'ENTREE :	07/04/2023	DATE DE SORTIE :	07/04/2023		
ASSURE :								DESTINATAIRE :					
MALADE :	BENOUALA, Bouchaib				UF:	5002 URGENCES	BENOUALA, Bouchaib						
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :								
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
ACTES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE		FIBROSCOPIE OESOGASTRODUODENAL(AVEC OUS)		FIBRO	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00

Intervenant : 21012008 BOUTALEB MOHAMMED GASTRO-ENTEROLOGIE		TOTALS :		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 :					
				Règlement 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												



COMPTE RENDU FIBROSCOPIE OESO GASTRO DUODENALE

Identité du patient : BENOUALA BOUCHAIB

Date de l'acte 7/4/2023

Nom du Médecin anesthésiste : DR' ACHIAKH

Valeur du K : ...K50

Valeur du K anesthésique :

Code NGAP :

Clinique et Indication : Epigastralgies

Œsophage : muqueuse d'aspect normal

Estomac : lac bilieux abondant

Muqueuse fundique d'aspect congestif, Biopsies

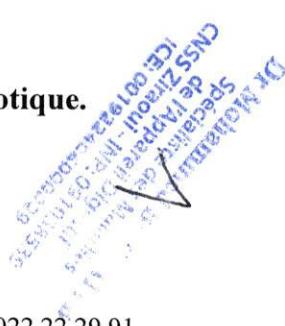
Muqueuse antrale préanastomotique nodulaire et congestive, biopsies

Anastomose avec les deux anses d'aspect normal

Duodénum : aspect normal

Conclusion : Aspect de gastrite congestive et nodulaire préanastomotique.

Biopsies





N° IPP :	623444	N° SEJOUR :	230014076	FACTURE N° 2302004799				DATE D'ENTREE :	07/04/2023	DATE DE SORTIE :	07/04/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	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		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 : M0200014 DR ACHIAKH MILOUDA	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 - 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 - ZIRAOUI
Souscrit par : Dr ACHIAKH MILOUDA



0 9 0 0 0 1 5 5 5

N° IPP : 623444 N° SEJOUR : 230014094

FACTURE N° 2304001237

DATE D'ENTREE : 07/04/2023 DATE DE SORTIE : 07/04/2023

ASSURE :

MALADE : BENOUALA, Bouchaib

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5004 LABORATOIRE

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

BENOUALA, Bouchaib

NATURE DE PRESTATION

LETTRE
CLENOMBRE
x COEFPRIX
UNITAIRE

TOTAL

TIERS PAYANT 1

% / Dh

MONTANT

TIERS PAYANT 2

% / Dh

MONTANT

PART DU MALADE

% / Dh

MONTANT

ACTES DE BIOLOGIE

Acte de Biologie Médicale

B

80.00

1.10

88.00

88.00

88.00

Intervenant : 106999 EQUIPE LABO DE BIOLOGISTES LABORATOIRE D'ANALYSE DE TOTAUX :

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 - ZIRAOUI

BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA

N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54



LABO CNSS ZIRAOUI

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

10⁹/l Normal ranges

10¹²/l 3.5 : 10.0

g/dl 3.50 : 5.50

% 11.5 : 16.5

fl 35.0 : 55.0

pg 75.0 : 100.0

g/dl 25.0 : 35.0

10⁹/l 31.0 : 38.0

10⁹/l 100 : 400

fl 8.0 : 11.0

10⁹/l 1.2 : 8.0

10⁹/l 0.5 : 5.0

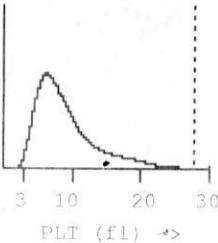
10⁹/l 0.1 : 1.5

% 35.0 : 80.0

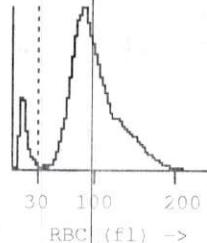
% 2.0 : 15.0

% 15.0 : 50.0

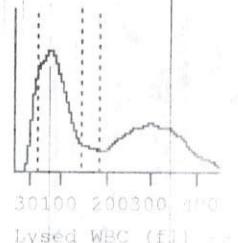
10⁹/l 0.5 : 5.0



PLT (f1) ->



RBC (f1) ->



Lysed WBC (f1) ->

DR.Souhaïb Niamat ABBoudi
Medecin Biologiste
POLYCLINIQUE CNSS
ZIRAOUI
Le Devoir de Vous Protéger