

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0040353

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7516 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELHOUENI HASSAN
Date de naissance : 01/01/1962
Adresse : 64 Rue Sirovins Etg 7 Apt 13
Bévéère Casa Blanca
Tél : 0612 64 84 64 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/06/2023
Nom et prénom du malade : ASMA ELHOUENI 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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : Le : 16/06/2023

Autorisation CNDP N° : AA-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

Actes des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/06/2023		1732	1732,66	D. Mehdi ELASSI TRAKI Médecin Vacataire Polyclinique - Cnss Ziraoui

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE YASSINE Mme SEQQAT Zeinab 19, Rue de Lille Casablanca Tél : 05 22 44 37 87 Fax : 05 22 44 37 88 Le Code INPE Suivant : 0920575799	16/06/23	1732

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
16/06/23		Ech	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			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



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE

CO-TRIM[®] FORT

- LAPROPHAN -

PPV: 30DH50

20 comprimés

EXP 12/2026
LOT 28065 23

LOT: 1676
PER: 01 - 25
P.P.V: 58 DH 30

LOT: 3635
PER: 10 - 24
P.P.V: 24 DH 50

LOT: 23E007
PER: 12 2025
SMECTA ORANGE VANILLE
36 SACHET B30

P.P.V: 52DH40



PH. E. YASSIN
Mme SEQQAT Zeinab
19, Rue de Lille Casablanca
Tél: 05 22 44 37 87
Fax: 05 22 44 37 88

Dr Mehdi ELASRI TRAKI
Médecin Vacataire
Polyclinique - Cnss Ziraoui



مصلحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

ZIRAUI

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

ECHAUICINI ASMAA

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

16/06/2023

Renseignements clinique

Examen demande

Après 21 ans
de mariage avec un couple
polygamie féminine
accoupage de vous
et d'un autre après.

Echographie

POLYCLINIQUE CNSS
Service
Radiologie
Dr. ELASRI TRAMI
Polyclinique - Cnss Ziraoui

Le médecin traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

Caisse des Urgences
Polyclinique CNSS Ziraoui

Biffer les mentions intuelles

Total clichés =

Total posés =



مصلحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

ZIRAOU

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

ASMA ABOUAMR

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

.....

2) Renseignements cliniques sommaires :

.....

CEA

.....

.....

3) Traitement envisagé et actes :

.....

Kr + AM13

.....

IPB

.....

cloxy

.....

sp

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A

LE

16/06/2013

Signature

Dr Mehdi ELASRI TRAIKI
Médecin Vacataire
Polyclinique - Cnss Ziraoui

Caisse des Urgences
Polyclinique Cnss Ziraoui

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE
Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur
Echographie Cardiaque - Scanner Multibarettes

COMPTE RENDU

Casablanca Le : 16/06/2023

Nom du patient : Mme El Houcini Asma

EXAMEN : Echographie abdominale.

- Foie homogène de volume normal de contours réguliers homogène.
- VB alithiasique à paroi fine.
- Voie biliaire principale et tronc porte de calibre normal.
- La rate et le pancréas sont normaux.
- Reins de taille et de morphologie normales sans dilatation des cavités excrétrices.
- Absence de masse abdominale profonde ni d'épanchement intra-péritonéal individualisable.

Conclusion :

Echographie abdominale sans particularité.

Dr R. TAHA





N° IPP : 772697		N° SEJOUR : 230024342		FACTURE N° 2305007371		DATE D'ENTREE : 16/06/2023		DATE DE SORTIE : 16/06/2023	
ASSURE :						DESTINATAIRE : EL HOUCINI, Asmaa			
MALADE : EL HOUCINI, Asmaa				UF: 5002 URGENCES					
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
AUTRES ACTES COTES EN K Acte de Spécialité Médicale	K	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX Acte pratiqué par L'Infirmier(e)	AMI	3.00	7.50	22.50					0.00	22.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				38.31					0.00	38.31
FOURNITURES MEDICALES				6.35					0.00	6.35

Intervenant : M0200038 DR ELASRI TRAIKI MEHDI				TOTAUX : 179.66						179.66	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DIX-NEUF DHS ET SOIXANTE SIX CENTIMES				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
				REMISE : 0.00		REGLE : 179.66				AVOIR :	
				RESTE DU: 0.00							
DATE FACTURE : 16/06/2023				EDITEE LE : 16/06/2023		PAR: R8280		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					



N° IPP : 772697		N° SEJOUR : 230024339		FACTURE N° 2303007457		DATE D'ENTREE : 16/06/2023		DATE DE SORTIE : 16/06/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE : EL HOUCINI, Asmaa							
MALADE : EL HOUCINI, Asmaa											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OÙ DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
ACTES DE RADIOLOGIE						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : M0200058 DR TAHA RADOUAN (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 : 16/06/2023		EDITEE LE : 16/06/2023		PAR: R9035		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

