

# 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 : 6181

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Saïd Bachari

Date de naissance : 26-12-1961

Adresse : n° 31 Rue Sidi Msahel

Quartier c' leikh

Tél : 06 96 07 54 47 Total des frais engagés :

542,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/02/2023

Nom et prénom du malade : BACHARI Ahmed Ali Age : 3ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Plu'mosis

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

Le : 05/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

11/10/2023

## 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 Paiement des Actes
22/08/23			150 DH	<b>Youssef LAZRAQ</b> Médecin anesthésiste réanimateur Polyclinique CNSS Settat
23/08/23		C2	150,00	

## 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
	22.06.2016	03	110,84€ POLYCLINIQUE ENSS SENS POLYCLINIQUE ENSS SENS POLYCLINIQUE ENSS SENS

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaires, ainsi qu  le bilan de l'ODF.

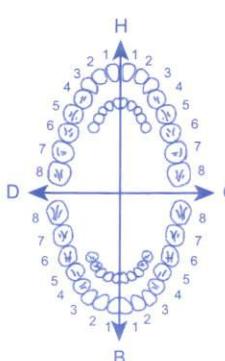
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

### (Création, remont, adjonction)

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# BILLET D'EXAMEN DE LABORATOIRE

Nom du service médical  
demandeur code

22/08/13

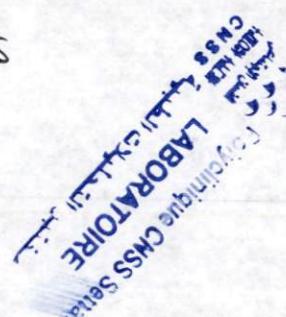
NOM DU MALADE

BACHARI Almej J. Ali

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

## Renseignements cliniques

Pérfumosis



## Examens demandés

- NPS + PG.
- Bilan d'hémostase.

Autre page.

Le médecin traitant



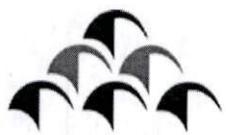
B =

AMI =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT



الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

## LABORATOIRE DES ANALYSES MEDICALES CNSS SETTAT

ID patient: BENCH

2023/08/22

Nom: BENCHARI AHMED ALI

17:51:16

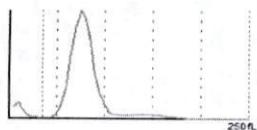
Service

Médec.

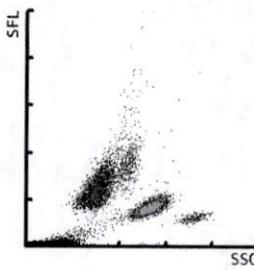
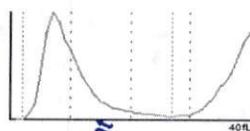
## Valeurs normales

WBC	9.56	[ $10^3/\mu\text{L}$ ]	4,0 - 10,0. $10^3 \text{ mm}^3$	
RBC	4.79	[ $10^6/\mu\text{L}$ ]	3,80 - 5,80. $10^6 \text{ mm}^3$	
HGB	12.5	[g/dL]	11,0 - 16,5 g/dl	
HCT	36.2	[%]	35,0 - 50,0 %	
MCV	75.6 -	[fL]	80 - 97	
MCH	26.1	[pg]	26,5 - 33,5 pg	
MCHC	34.5	[g/dL]	31,5-35,5g/dl	
PLT	364	[ $10^3/\mu\text{L}$ ]	150-390. $10^3/\text{mm}^3$	
RDW-SD	35.4 -	[fL]		
RDW-CV	12.8	[%]		
PDW	10.4	[fL]		
MPV	10.0	[fL]		
P-LCR	23.5	[%]		
PCT	0.36 +	[%]		
NEUT	4.13 *	[ $10^3/\mu\text{L}$ ]	43.3 * [%]	50.0 - 75,0 %
LYMPH	4.41 *	[ $10^3/\mu\text{L}$ ]	46.1 * [%]	17.0 - 48.0 %
MONO	0.70 *	[ $10^3/\mu\text{L}$ ]	7.3 * [%]	4.0 - 12.0 %
EO	0.26	[ $10^3/\mu\text{L}$ ]	2.7 [%]	1.0 - 5.0 %
BASO	0.06	[ $10^3/\mu\text{L}$ ]	0.6 [%]	0.0 - 2.0 %
IG	0.02 *	[ $10^3/\mu\text{L}$ ]	0.2 * [%]	0.0 - 5.0 %

RBC



PLT



Signature

Logo: Laboratoire CNSS Settat  
CNSS - Settat  
Dr. EL BAKKOURI  
Medecin Biologiste  
Signature: Dr. EL BAKKOURI

**LABORATOIRE D'ANALYSE MEDICAL**

**EXAMENS BIOLOGIQUES**

NOM :	BNCHARI
PRENOM :	AHMED ALI
REFERENCE:	28788
DATE :	22/08/2023

<b>GROUPE SANGUIN</b>		(1ère détermination)
Détermination ABO		<b>O</b>
Détermination RHESUS		<b>POSITIF</b>

Un groupage sanguin ABO Rh n'est valide qu'après une deuxième détermination réalisée sur nouveau prélèvement sanguin à 24h d'intervalle.

**HEMOSTASE**

TP en %	>70	100%
TCK (sec)	T= 30"	30"

LABORATOIRE  
CNSS Settat  
Dr. EL BAKOURI Jalila  
Medécin Biologiste  
Polyclinique CNSS- Settat



N° IPP : 302279	N° SEJOUR : 230028788	<b>FACTURE N° 2304004654</b>				DATE D'ENTREE : 22/08/2023		DATE DE SORTIE : 22/08/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : BACHARI,Ahmed Ali		UF: 5004 LABORATOIRE				BACHARI,Ahmed Ali				
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
<b>ACTES DE BIOLOGIE</b>										
ACTE DE BIOLOGIE MEDICALE	B	220.00	1.10	242.00					0.00	242.00

Intervenant : 106999 EQUIPE DE BIOLOGISTES LABO	TOTAUX :	242.00							242.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :						ACOMPTE:		
DEUX CENT QUARANTE DEUX DHS		REMISE : 0.00		REGLE :				AVOIR :		
		RESTE DU: 242.00								
DATE FACTURE : 22/08/2023	EDITEE LE : 22/08/2023	PAR: BASMA	ACCIDENT DE TRAVAIL : <i>Caissier de l'assurance maladie</i>							
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :						
		Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT								
		BANQUE : BMCE - SETTAT								
		N° compte bancaire : 011 610 000001 2100060382 89								



N° IPP : 302279	N° SEJOUR : 230028766	<b>FACTURE N° 2302009843</b>				DATE D'ENTREE : 22/08/2023		DATE DE SORTIE : 22/08/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : BACHARI,Ahmed Ali		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				BACHARI,Ahmed Ali				
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 : 08198 DR. HEJJAJ HOUDA, CHIRURG PED	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 : 22/08/2023	EDITEE LE : 22/08/2023	PAR: BASMA	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			DATE AT :						
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT						
			BANQUE : BMCE - SETTAT						
			N° compte bancaire : 011 610 000001 2100060382 89						



N° IPP : 302341	N° SEJOUR : 230028868	<b>FACTURE N° 2302009875</b>				DATE D'ENTREE : 23/08/2023		DATE DE SORTIE : 23/08/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		BACHARI,Ahmed Ali		
MALADE : BACHARI,Ahmed Ali		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
<b>ACTES COTES EN C</b> CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 10701 DR. LAZRAQ YOUSSEF				TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU:	150.00					
DATE FACTURE : 23/08/2023				ACCIDENT DE TRAVAIL :						
EDITEE LE : 23/08/2023				N° DE POLICE :						
PAR: GUETAB				DATE AT :						
VISA				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT						
BANQUE : BMCE - SETTAT							N° compte bancaire : 011 610 000001 2100060382 89			