

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

ok phone le 17/10/2023
Déclaration de Maladie

M22- 0040143

☐ 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 Chikh
Tél : 0696075447 Total des frais engagés : 542,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/02/23
Nom et prénom du malade : BACHARI Ahmed Ali Age : 3ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Phimosie
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

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 Paiement des Actes
22.07.23			1500H	Youssef LAZRAQ
23/08/23		C2	150.100	Médecin anesthésiste réanimateur Polyclinique CNSS Settat

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
	22.07.23	D	2400H

AUXILIAIRES MEDICAUX

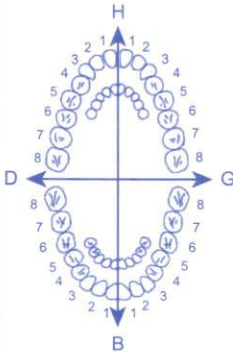
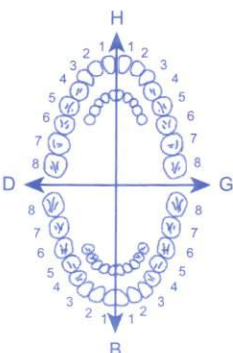
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G											
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

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

NOM DU MALADE

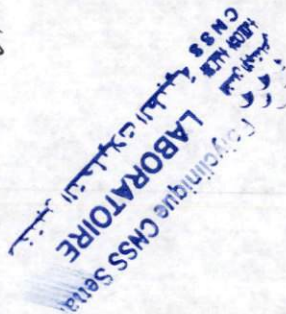
BACHARI Ahmed Ali

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

22/08/23

Renseignements cliniques

Diarrhée



Examens demandés

- NFS + p.g.
- Bilan d'héostasie.
- Créat. p.g.

Le médecin traitant

B =

AMI =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT





LABORATOIRE DES ANALYSES MEDICALES CNSS SETTAT

ID patient: BENCH

2023/08/22

Nom: BENCHARI AHMED ALI

17:51:16

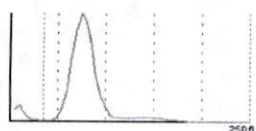
Service:

Medec.:

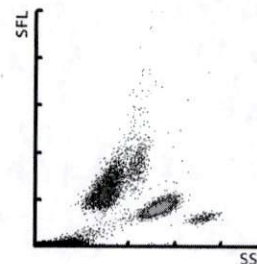
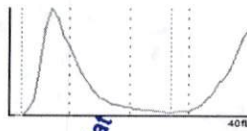
Valeurs normales

WBC	9.56	[$10^3/uL$]			4,0 - 10,0. 10^3 mm ³
RBC	4.79	[$10^6/uL$]			3,80 - 5,80. 10^6 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	[$10^3/uL$]			150-390. $10^3/mm$
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	* [$10^3/uL$]	43.3	* [%]	50.0 - 75,0 %
LYMPH	4.41	* [$10^3/uL$]	46.1	* [%]	17.0 - 48.0 %
MONO	0.70	* [$10^3/uL$]	7.3	* [%]	4.0 - 12.0 %
EO	0.26	[$10^3/uL$]	2.7	[%]	1.0 - 5.0 %
BASO	0.06	[$10^3/uL$]	0.6	[%]	0.0 - 2.0 %
IG	0.02	* [$10^3/uL$]	0.2	* [%]	0.0 - 5.0 %

RBC



PLT



Signature

LABORATOIRE
MEDICAL
CNSS Settati

Dr. EL BAKOURI Jallia
Medecin Biologiste
CNSS Settati

LABORATOIRE D'ANALYSE MEDICAL

EXAMENS BIOLOGIQUES

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

GROUPE SANGUIN	(1ère détermination)
Détermination ABO	O
Détermination RHESUS	POSITIF

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
مختبر التحليلات
CNS Settat

Dr. EL BAKOURI Jalila
Medecin Biologiste
CNS Polyclinique CNS-Settat

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT
 CHARII AL MASSIRA 26000 SETTAT
 Tél: 0523-40-12-33/40-35-34 Fax: 0523-40-22-61
 RDV : 23-72-02-64 Urgences : 0523-40-60-55
 INPE: 060001492 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 302279	N° SEJOUR : 230028788	FACTURE N° 2304004654		DATE D'ENTREE : 22/08/2023	DATE DE SORTIE : 22/08/2023		
ASSURE :		DESTINATAIRE : BACHARI,Ahmed Ali					
MALADE : BACHARI,Ahmed Ali		UF: 5004 LABORATOIRE					
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 % / Dh MONTANT	TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT	PART DU MALADE % / Dh MONTANT
ACTES DE BIOLOGIE							
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 : DEUX CENT QUARANTE DEUX DHS		PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
		RESTE DU:	242.00				
DATE FACTURE : 22/08/2023	EDITEE LE : 22/08/2023	PAR: BASMA	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
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				

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT
 CHARII AL MASSIRA 26000 SETTAT
 Tél: 0523-40-12-33/40-35-34 Fax: 0523-40-22-61
 RDV : 0523-72-02-64 Urgences : 0523-40-60-55
 INPE: 060001492 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 302279		N° SEJOUR : 230028766		FACTURE N° 2302009843		DATE D'ENTREE : 22/08/2023		DATE DE SORTIE : 22/08/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE : BACHARI,Ahmed Ali							
MALADE : BACHARI,Ahmed Ali											
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	
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						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				

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT
 CHARII AL MASSIRA 26000 SETTAT
 Tél: 0523-40-12-33/40-35-34 Fax: 0523-40-22-61
 RDV : 0523-72-02-64 Urgences : 0523-40-60-55
 INPE: 060001492 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 302341		N° SEJOUR : 230028868		FACTURE N° 2302009875		DATE D'ENTREE : 23/08/2023		DATE DE SORTIE : 23/08/2023		
ASSURE :				DESTINATAIRE : BACHARI,Ahmed Ali						
MALADE : BACHARI,Ahmed Ali										
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		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 : 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	REGLÉ :			AVOIR :	
				RESTE DU:		150.00					
DATE FACTURE : 23/08/2023				EDITEE LE : 23/08/2023		PAR: GUETAB		ACCIDENT DE TRAVAIL :			
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					