

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0041615

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03721

Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bencherkoun Fawzi

Date de naissance : 17/05/1952

Adresse : 3 Rue Abd Al

Tél. : 0707456878

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/04/2024

Nom et prénom du malade : Bencherkoun Fawzi

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

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
22/4/2024		1	170,30	Dr. S. CHAKIB BENGELLOUN Médecin - Dentiste Polyclinique CNSS Derb Ghallef

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE
UNIVERSELLE CASA SARL AU
398, Bd Brahim Roudani
Casablanca
Tél: 0522.25.31.42

20.4.24

170,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

20.4.24

TDM

10000

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

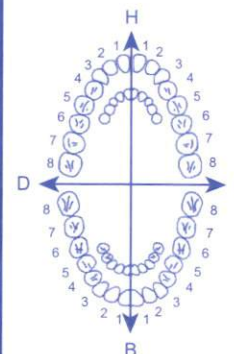
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

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

[Création, remont, adjonction]

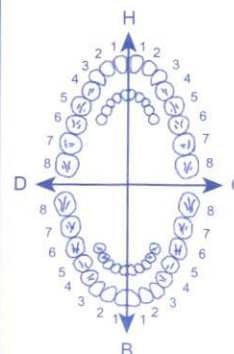
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

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

مصحة
POLYCLINIQUE



درب غلف

DERB GHALLEF

PHARMACIE
BELLE CASA SARL AU
98, Bd Brahim Roudani
Casablanca
Tél: 0522.25.31.42

20/4/2011
le
M. Zuhairou Faisa

S.1

92,45

Albut

1 CP 3/5

Vitaminel fort

1 CP 3/5

S.1

1 CP 3/5

1 CP 3/5

1 CP 3/5

Dr. S. CHAKIB
Medecin - Urgentiste
Polyclinique CNSS/Drb Ghallef
BENCILOU

ALC

Paracétamol Comprimés

12140

COMPOSITION

- Paracétamol (DCI)
- Caféine

Excipients : q.s.

FORME ET PRESENTATION

Comprimés : Etui de 16 comprimés

CLASSE PHARMACO - THERAPEUTIQUE

- Paracétamol : antalgique et antipyrétique.
- Caféine : stimulant du système central.

NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

Laboratoires AFRIC - PHAR

Zone Industrielle, Ouest Ain Harrouda,

Route Régionale N° 322 (ex R.S 111)

Km 12.400 - Ain Harrouda 28 630 Mohammadia - Maroc.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Traitement symptomatique des :

- affections douloureuses : céphalées, migraines, douleurs dentaires, névralgies, douleurs musculaires, douleurs postopératoires et traumatiques, dysménorrhée.
- états fébriles (en cas de grippe).

CONTRE - INDICATIONS

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Hypersensibilité au paracétamol.
- Insuffisance hépatocellulaire grave.

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

MISES EN GARDE

L'attention des sportifs est attirée sur le fait que cette spécialité contient un principe actif (Caféine) pouvant induire une réaction positive lors des contrôles antidopage.

Cependant, la dose de caféine reconnue comme dopante de 12 µg/ml d'urine, ne peut être atteinte par la prise d'ALGIK 500 mg aux posologies recommandées.

Seule, l'absorption simultanée de médicaments ou de boissons (café, thé, en quantités relativement importantes) contenant également de la caféine, pourrait induire un test positif.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Utiliser ce médicament avec précaution en cas de :

- Insuffisance hépatique légère, d'alcoolisme chronique.
- Administration concomitante de médicaments hépatotoxiques.
- Atteinte rénale sévère (risques d'effets secondaires rénaux lors de l'usage chronique de doses élevées).

En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Lié au paracétamol

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode de l'acide phosphotungstique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose-oxydase-peroxydase.

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, il faut signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse :

- Chez l'animal : Il n'existe pas d'étude de tératogénèse.

- Chez la femme :

- premier trimestre : une étude épidémiologique prospective, portant sur quelques centaines de femmes n'a pas mis en évidence d'effet tératogène.

par étui
8,0 g
0,8 g



وصفة
ORDONNANCE



le

20/4/2014

M. ZAKHAROUNI

A la suite d'un
chute Traumatisme
traumatisme Derb
sans autre
traumatisme
Dout et support
autre
STH Hb 10g

Dr. S. CHAKIB BENGELLOU
Médecin - Urgentiste
Polyclinique CNSS Derby Ghallef



INPE 090001512
ICE 001757364000080

**Polyclinique
Derb-Ghalef**

☐ **I.R.M**
(1.5 Tesla)

☐ **Scanner**
(Corps Entier)

☐ **Radiologie
Numérique**

☐ **Echo-Doppler**
(Couleur)

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 20/04/2024

Patient (e) : BENCHEKROUN FARIDA

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE

Examen réalisé en mode hélicoïdal sans et avec injection du produit de contraste.

RESULTAT

Fracture ancienne de la 9^{ème} cote à droite.

Absence de nodule pulmonaire

Absence de foyer parenchymateux de type évolutif notable.

Absence d'image de dilatation des branches.

Silhouette cardio médiastinale normale.

Absence d'épanchement pleural.

Absence post traumatique d'anomalie au niveau de la cage thoracique ni au niveau de l'omoplate ni au niveau du rachis dorsale.

CONCLUSION

Fracture ancienne de la 9^{ème} cote à droite.

TDM thoracique ne révélant pas d'anomalies.

DR BENBRAHIM
D^r ABDELILAH BENBRAHIM
Médecin Radiologue
Service CNSS DERB GHALEF
INPE 210767208

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1471275		N° SEJOUR : 240039424		FACTURE N° 2403014991		DATE D'ENTREE : 20/04/2024		DATE DE SORTIE : 20/04/2024			
ASSURE :				DESTINATAIRE : BENCHEKROUN, Farida							
MALADE : BENCHEKROUN, Farida											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
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	
ACTES DE RADIOLOGIE TDM		TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00

Intervenant : 18102013 DR BENBRAHIM ABDELILAH (RADIOLOGUE)				TOTAUX :		1000.00				1000.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
				REMISE :		0.00		REGLE :		AVOIR :	
				RESTE DU:		1000.00					
DATE FACTURE : 20/04/2024				EDITEE LE : 20/04/2024		PAR: BILAL		ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA				N° DE POLICE :				DATE AT :			
				Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef					
				BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
				N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31					

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1471275		N° SEJOUR : 240039423		FACTURE N° 2405011252		DATE D'ENTREE : 20/04/2024		DATE DE SORTIE : 20/04/2024			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S. : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : BENCHEKROUN, Farida					
MALADE : BENCHEKROUN, Farida											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 : TIERS PAYANT 2 : 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	
CONSULTATION DE MEDECIN. VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A		V	1.00	120.00	120.00					0.00 120.00	

Intervenant : 8072010 DR CHAKIB SAADIA		TOTAUX :		120.00						120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:
				REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :
				RESTE DU:		120.00				
DATE FACTURE : 20/04/2024		EDITEE LE : 20/04/2024		PAR: BILAL		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE : DATE AT :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef				
						BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
						N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31				