

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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

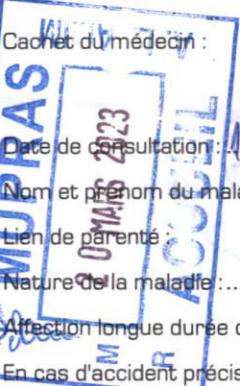
153891

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000 313 Société : Royal Air Maroc
 Actif Pensionné(e) Autre : NATURE D'ORIGINE ARBRE
 Nom & Prénom : EL OUAIFI ZOHRA
 Date de naissance : 01/01/1990
 Adresse : Bouskoura 10000 Rue Lib. N° 16
 CEP 20000
 Tél. : 06304154326 Total des frais engagés : 1334,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :

 Date de consultation : 15/02/2023
 Nom et prénom du malade : LISSI OMAIS
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite/bronchite + HTA
 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 : /
 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 Paiement des Actes
15/02/23			150000H	
01/03/23			0	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACEUTIQUE ALDAOUI Rachid Al DAOUI 394 Angle AV 2 Mars et Panoramique Casablanca Tunisie 10527 Al DAOUI Al DAOUI et Panoramique</i>	15/10/2023	810,20
	17/10/2023	214,22

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

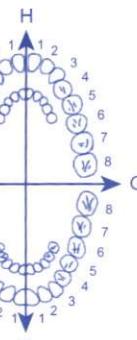
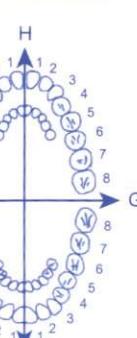
AUXILIAIRES MÉDICAUX

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 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 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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				

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA

Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06

RDV : 0522-50-45-13

INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	946283	N° SEJOUR :	230007034	FACTURE N° 2302002454				DATE D'ENTREE :	15/02/2023	DATE DE SORTIE :	15/02/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	EL OUAFI,Zohra				UF:	6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI	EL OUAFI,Zohra				
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	
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant : 46155 DR EL HAZZAZ OUAFAE	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 : 15/02/2023	EDITEE LE : 15/02/2023	PAR: HAJAR	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
VISA			N° DE POLICE : DATE AT :							
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA							
			BANQUE : BMCE - INARA							
			N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91							

Consultation
Poly Clinique CNSS-INARA
Dr El Hazzaz OUAFAE

وَصْفَةٌ

ORDONNANCE

~~HARMAGE Rachid SLAOUI
394 Angle AV 2 Mars et
Bd Panoramique Casablanca
Tél : 0524 11 17 85~~

le 15/02/2023

الإنارة II
INARA II

9^{me} BL DAFI 394 Bd Panoramic Tel : 05 2-745 le

Boulevard Al Qods, Inara II - Ain Chok - CASABLANCA
Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 Fax : 0522 50 48 06

21,90

ID: 649929
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248,00 DH
e "118001"141104"

LOT 223590 1
EXP 10 2024
PPV 92 00

XEDILOL® 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°: 215/19/DMP/21/NRQDNM
6 118000 021773

INOPRIL® 4 mg
30 comprimés sécables
AMM N°: 700/15 DMP/21/NRQ
6 118000 022220

LOT 221467 1
EXP 05 2024
PPV 92.00 DH

88,10
XEDILOL® 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°: 215/19/DMP/21/NRQDNM
6 118000 021773

INOPRIL® 4 mg
30 comprimés sécables
AMM N°: 700/15 DMP/21/NRQ
6 118000 022220

XEDILOL® 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°: 215/19/DMP/21/NRQDNM
6 118000 021773

88,10 → 95,00

LOT 223590 1
EXP 10 2024
PPV 92 00

INOPRIL® 4 mg
30 comprimés sécables
AMM N°: 700/15 DMP/21/NRQ
6 118000 022220

وصفة

ORDONNANCE

Dr BEN BOUAFI Hachdjian
RADIOLOGUE
INPE 091021337

le 01/03/2023

Dr Ben
Bouafi

CNS

el OUAIFI

Rx thank Fax

M. BEN BOUAFI
PNEUMOLOGUE
ALLERGOLOGUE
Poly Clinique-CNSS INARA



POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

Cité Inara 20150 CASABLANCA

Tel: 022-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06

RDV : 0522-50-45-13

INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 948222 N° SEJOUR : 230009194

FACTURE N° 2303003530

DATE D'ENTREE : 01/03/2023

DATE DE SORTIE : 01/03/2023

ASSURE :

MALADE : EL OUAFI,Zohra

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

EL OUAFI,Zohra

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 RADIOLOGIE										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	16.00	10.00	160.00					0.00	160.00

Intervenant : 46085 DR BENBOUZID ABDELJALIL

TOTAUX :

160.00

160.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT SOIXANTE DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE :

0.00

REGLE :

160.00

AVOIR :

RESTE DU:

0.00

DATE FACTURE : 01/03/2023

EDITEE LE : 01/03/2023

PAR: KAABAD

ACCIDENT DE TRAVAIL:

VISA

DATE AT :

N° DE POLICE :

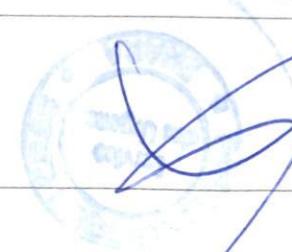
Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

BANQUE :

BMCE - INARA

N° compte bancaire :

011.780.0000 54 210 00 60 016 91



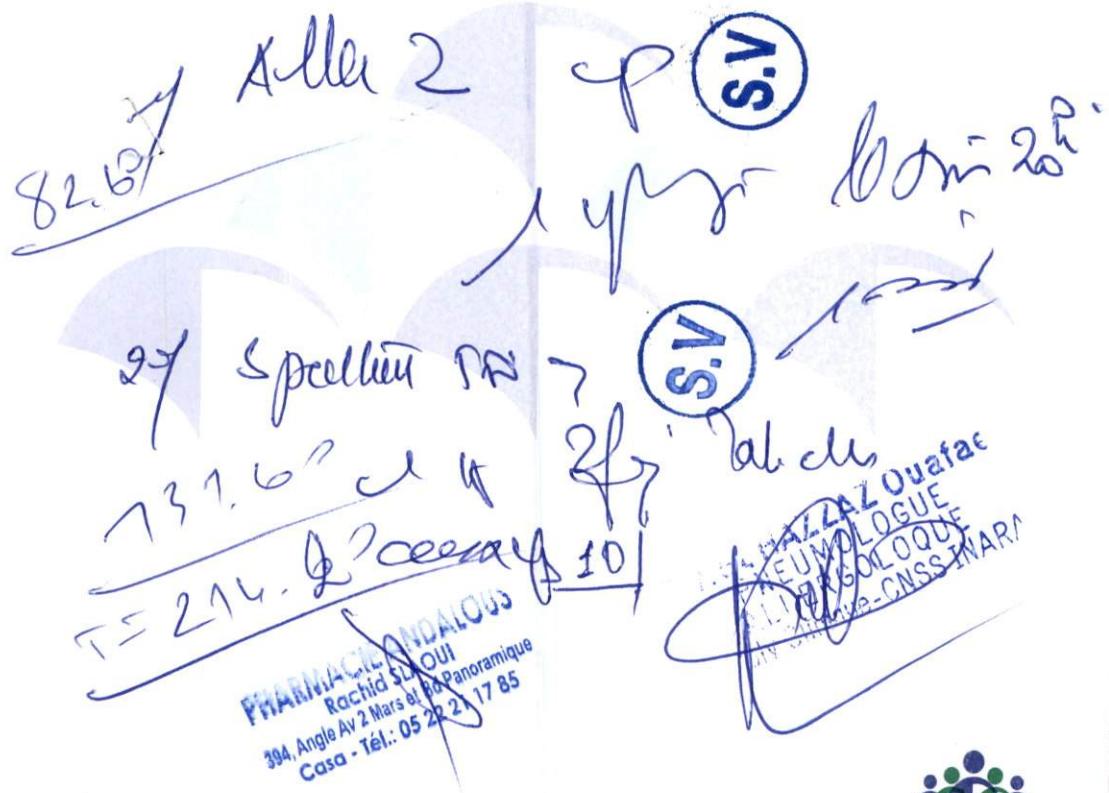
R.S.K. bpdH

وصفة

ORDONNANCE

le 01/03/2023

Q- UNO EL OUAFI Zohra.



LOT : 220510
EXP : 04/2025
PPV : 82,60DH

ALER-Z® 10mg
28 comprimés pelliculés sécables

6 1118000 081951

Spectrum® 500_m
Ciprofloxacin 20 Comprimés



6 1118000 081937

→ 131,60