

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.

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- 0056,961

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000 313 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Jeune Dotatis Arrg
 Nom & Prénom : EL OUAFI ZOHRA
 Date de naissance : 01/02/1970
 Adresse : B. Lamoukane Rue 46 n°16
 Casablanca
 Tél. : 0630774336 Total des frais engagés : 1331,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 15/02/2023
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchopneumonie + 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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/2/23 | | | 1500h | |
| 01/03/23 | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE ANDALOUS Rachid SLAOUI 394 Angle Av 2 Mars et 17 85 | 18/02/23 | 810.20 |
| PHARMACIE ANDALOUS Rachid SLAOUI 394 Angle Av 2 Mars et 17 85 | 11/03/23 | 214.22 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 01.03.23 | 216 | 160.0 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

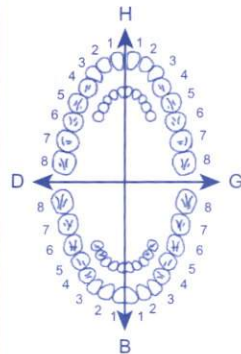
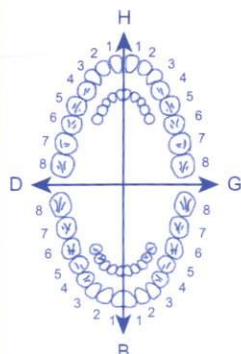
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 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 <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 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

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 : | | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. : | | DESTINATAIRE : EL OUAFI,Zohra | | | | | | | |
| MALADE : EL OUAFI,Zohra | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | |
| 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 | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | |
| VISA | | | N° DE POLICE : DATE AT : | | | | | |
| | | | Réglement 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 | | | | | |





الضمان الاجتماعي

ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



الإدارة II

INARA II

PHARMACEUTIQUE
Rachid SLAOUI
394 Angle Av 2 Mars et
Bd Panoramique Casablanca
Tél : 05 22 21 17 85

Prescrit par EL OUAZI 2-Plus le 15/02/2023

1/ Sautide 200 disq (S)

2480

21.90

2/ Butoral 800 (S)

264.30

Xed

Imop

226

810.20

3/

4/

5/

6/

7/

8/

9/

10/

11/

12/

13/

14/

15/

16/

17/

18/

19/

20/

21/

22/

23/

24/

25/

26/

27/

28/

29/

30/

31/

32/

33/

34/

35/

36/

37/

38/

39/

40/

41/

42/

43/

44/

45/

46/

47/

48/

49/

50/

51/

52/

53/

54/

55/

56/

57/

58/

59/

60/

61/

62/

63/

64/

65/

66/

67/

68/

69/

70/

71/

72/

73/

74/

75/

76/

77/

78/

79/

80/

81/

82/

83/

84/

85/

86/

87/

88/

89/

90/

91/

92/

93/

94/

95/

96/

97/

98/

99/

100/

101/

102/

103/

104/

105/

106/

107/

108/

109/

110/

111/

112/

113/

114/

115/

116/

117/

118/

119/

120/

121/

122/

123/

124/

125/

126/

127/

128/

129/

130/

131/

132/

133/

134/

135/

136/

137/

138/

139/

140/

141/

142/

143/

144/

145/

146/

147/

148/

149/

150/

151/

152/

153/

154/

155/

156/

157/

158/

159/

160/

161/

162/

163/

164/

165/

166/

167/

168/

169/

170/

171/

172/

173/

174/

175/

176/

177/

178/

179/

180/

181/

182/

183/

184/

185/

186/

187/

188/

189/

190/

191/

192/

193/

194/

195/

196/

197/

198/

199/

200/

201/

202/

203/

204/

205/

206/

207/

208/

209/

210/

211/

212/

213/

214/

215/

216/

217/

218/

219/

220/

221/

222/

223/

224/

225/

226/

227/

228/

229/

230/

231/

232/

233/

234/

235/

236/

237/

238/

239/

240/

241/

242/

243/

244/

245/

246/

247/

248/

249/

250/

251/

252/

253/

254/

255/

256/

257/

258/

259/

260/

261/

262/

263/

264/

265/

266/

267/

268/

269/

270/

271/

272/

273/

274/

275/

276/

277/

278/

279/

280/

281/

282/

283/

284/

285/

286/

287/

288/

289/

290/

291/

292/

293/

294/

295/

296/

297/

298/

299/

300/

301/

302/

303/

304/

305/

ID:649929 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:248,00 DH



6 118001 141104

LOT223590 1

EXP 10 2024

PPV 92 00

INOPRIL® 4 mg

30 comprimés sécables

AMM N° 70015 DMP/21/NRQ



6 118000 022220

LOT 221467 1

EXP 05 2024

PPV 92.00 DH

INOPRIL® 4 mg

30 comprimés sécables

AMM N° 70015 DMP/21/NRQ



6 118000 022220

XEDILOL® 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables

AMM N° 21519/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021773

XEDILOL® 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables

AMM N° 21519/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021773

XEDILOL® 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables

AMM N° 21519/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021773

LOT223590 1

EXP 10 2024

PPV 92 00

INOPRIL® 4 mg

30 comprimés sécables

AMM N° 70015 DMP/21/NRQ



6 118000 022220

21,90

88,10

88,10

95,00

وصفة
ORDONNANCE

Dr BEN BOUADJEL
RADIOLOGUE
INPE 091021337

le 01/03/2023

Presc = el OAFI 2x

2x 1h30 Fac

[Signature]

Dr. EL AZAZOUAF
PNEUMOLOGUE
ALLERGOLOGUE
Poly Clinique - CNSS INARA II





| | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|--|----------------------------------|--------|
| N° IPP : 948222 | N° SEJOUR : 230009194 | FACTURE N° 2303003530 | | DATE D'ENTREE : 01/03/2023 | | DATE DE SORTIE : 01/03/2023 | | | | |
| ASSURE : | | | | DESTINATAIRE : EL OUAFI, Zohra | | | | | | |
| MALADE : EL OUAFI, Zohra | | UF: 5003 RADIOLOGIE | | | | | | | | |
| 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 % / Dh MONTANT | | TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT | | PART DU MALADE % / 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 | | | 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 | | | | |

le 01/03/2023

7. und 8. OHAFT Lösung.

82.6% / 2 p S.V. / 1 yr bon 20th

27 Spectrum TR

731.60

TS 214-20000101

PHARMACIE ANDALOUS
Rachid SLOUI
394, Angle Av 2 Mars et Bd. Panoramique
Casa - Tél.: 05 22 21 17 85

Val de
HALLAZOVATAC
EUMOLOGUE
LIERGOLOQU
MAY 1980 - CNSS INARA

LOT : 220510

EXP : 04/2025

PPV : 82,60DH

ALER-Z® 10mg ○

28 comprimés pelliculés sécables



6 118000 081951

Spectrum® 500mg ○

Ciprofloxacine 20 Comprimés



6 118000 081937

→ 131,60