

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.

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- 0056960

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000313 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : VENTE D'ORDONNANCE
Nom & Prénom : Mme EL OUAFI ZAHRA
Date de naissance : 01/01/1960
Adresse : Bme Lombardie Rue 46 N°16
Tél. : 0630756326 Total des frais engagés : 1416,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

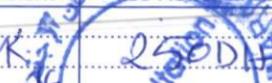
Cachet du médecin :

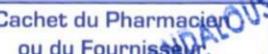
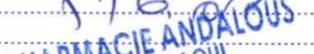
Date de consultation : 01/03/2023
Nom et prénom du malade : El Ouafi Zahra Age : 70
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : H7A + anomalie a-b (sédiments de sang)
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : H7A
En cas d'accident préciser les causes et 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.

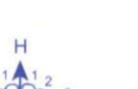
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 20 MARS 2023
Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| 01/03/2023 | C | K. 36 | 2500 D.F. |   |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|--|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  Rachid SLAOU 394, Angle Av 2 Mars et Bd Panoramique Casa - Tél.: 05 22 21 17 85 | 01/03/23 | 516,000  Rachid SLAOU 394, Angle Av 2 Mars et Bd Panoramique Casa - Tél.: 05 22 21 17 85 |

[illegible][illegible][illegible]

| | | | |
|--|---|----------------------------------|------------------------------------|
|  | H 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | Coefficient DES TRAVAUX |
| | D 00000000 35533411 | G 00000000 11433553 | |
| | B | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | |
| | | | DATE DU DEVIS |
| | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | |

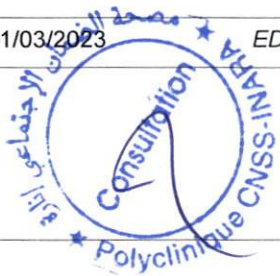
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 : 948236 | | N° SEJOUR : 230009215 | | FACTURE N° 2302003224 | | DATE D'ENTREE : 01/03/2023 | | DATE DE SORTIE : 01/03/2023 | | | |
| ASSURE : | | | | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. : | | DESTINATAIRE : ELOUAFI,Zohra | | | | | |
| MALADE : ELOUAFI,Zohra NOM JEUNE FILLE : | | | | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 1 : TIERS PAYANT 2 : | | | | | | | | | | | |
| REF. PC 1 : REF. PC 2 : | | | | | | | | | | | |
| NATURE DE PRESTATION | | LETTR 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 CARDIOLOGUE + ECG | | CsC | 1.00 | 250.00 | 250.00 | | | | | 0.00 250.00 | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------|--|------------------------|--|------------|---------|---|----------|---------|--|
| Intervenant : M0300005 DR BENAMAR AMINE CARDIOLOGUE | | TOTAUX : | | 250.00 | | | | | | 250.00 | |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS | | | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE: | | |
| | | | | REMISE : | | 0.00 | REGLE : | | | AVOIR : | |
| | | | | RESTE DU: | | 250.00 | | | | | |
| DATE FACTURE : 01/03/2023 | | | | EDITEE LE : 01/03/2023 | | PAR: HAJAR | | 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 | | | |





وصفة

ORDONNANCE

le 08/03/2023

El Gharbi Zohra

Halter tensionnel

pour suspicion d'HTA par
effet blanc blanche.

^

Dr. BENAMAR Amine
Cardiologue



مصلحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

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 : 948222 | N° SEJOUR : 230009271 | FACTURE N° 2303003567 | | 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 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | |
| | | | | | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT |
| ACTES DE RADIOLOGIE ECHO-DOPPLER CARDIAQUE | CX13 | 1.00 | 650.00 | 650.00 | | | | | 0.00 | 650.00 |

| | | | | | | | |
|---|------------------------|--------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------|----------|--------|
| Intervenant : M0300005 DR BENAMAR AMINE CARDIOLOGUE | TOTAUX : | 650.00 | | | | | 650.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENT CINQUANTE DHS | | PLAFOND PC : | | | | ACOMPTE: | |
| | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 650.00 | AVOIR : | |
| | | RESTE DU: | 0.00 | | | | |
| DATE FACTURE : 01/03/2023 | EDITEE LE : 01/03/2023 | PAR: CHAKRI | 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 | | | |





وصفة
ORDONNANCE



Poids Net / Net Weight: 82g e

PPV 72 DH

| | |
|----------------|------------------|
| LOT : L1330 | EXP : 05/2024 |
|----------------|------------------|

le 01/03/2023
Dr. El Ouafi Zohra

1. Covarkey 80/12,5 - 148.00

148.00

1-0-0

2. Hesel Poly vitamins

72.00

Dr. BENAMAR Amine
Cardiologue



Dr. BENAMAR Amine
Cardiologue

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

516.00

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

Dr. BENAMAR Amine
Cardiologue

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



مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

Co-Vartex® 80 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés
Laboratoires SOTHEMA
N° AMM 76/16 DMP/21/NNP



6 118000 023012

→ 148,00

Co-Vartex® 80 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés
Laboratoires SOTHEMA
N° AMM 76/16 DMP/21/NNP



6 118000 023012

→ 148,00

Co-Vartex® 80 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés
Laboratoires SOTHEMA
N° AMM 76/16 DMP/21/NNP



6 118000 023012

→ 148,00

Nom pat.:

ELOU API
Zohra

No pat. :

No réf. :

Né:

Age:

Ethnie:

Taille:

cm

Poids:

kg

TA:

mmHg

Méd:

CNSS INARA

AT-101

1.32 Ctm

FC: 105/min

Intervalles:

RR 574 ms

P 124 ms

PQ 152 ms

QRS 94 ms

QT 362 ms

QTC 483 ms

Axes:

P 0 °

QRS 27 °

T 28 °

P (II) - mV

S (V1) -0.97 mV

R (V5) 1.37 mV

Sokol. 2.52 mV

TACHYCARDIE SINUSALE

EXTRASYSTOLE(S) VENTRICULAIRE(S) INTERPOLEE(S)

EXTRASYSTOLE(S) SUPRAVENTRICULAIRE(S) INTERP

5.78

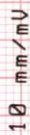
RAPPORT NON-C

Me 01-MAR-23 13:01:23

AT-101

1.32 Ctm

Me 01-MAR



I

aur

7VL

Five

11

25 mm/s

70.400

2.157 026

0.05-35H7 F50 555 5B5

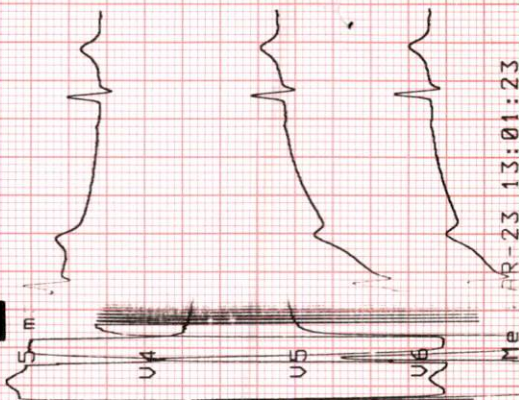
2.157 026

CNSS INARA

AT-101

1.32 Ctm

2.157 026



APR-23 13:01:23

2.157 026



وصفة
ORDONNANCE

le 01/03/2022

Dr. El Chafai Zohra

Blaise de 70 ans, hypertendu 515
traite, avec à la radio de pulmon

1 arc moyen gauche tachypné + léger
cardiomégalie.

1 E de gypsur codépine et nécessaire.

Dr. BENAMAR Amine
Cardiologue

