

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0035806

172652

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000313 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve DUAH ABBS
 Nom & Prénom : EL OUAFI ZOHRRA
 Date de naissance : 01/01/1950
 Adresse : Binelondane Rue 46 N°16 CASABLANCA
 Tél. : 0522 815798 Total des frais engagés : 2865,77 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/07/2023
 Nom et prénom du malade : EL OUAFI ZOHRRA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : In de la

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 : 17/07/2023

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
03/07/23	K10		244,29	
07/07/23	hosp		2327,48	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/08/23	144,32 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/07/23	215	150 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

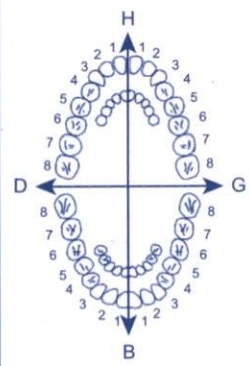
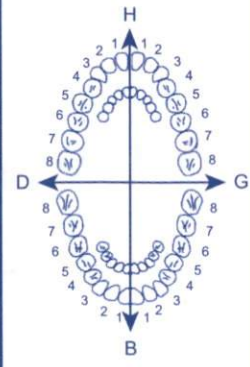
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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



وصفة
ORDONNANCE

le 03/08/2023
Clouf. 70 bre
Rakla
Service Radiologie
INARA
3/4
Joue
19/4



وصفة
ORDONNANCE

le 03.07.23

Elouadi Zohra

PHARMACIE ANDALOUS
Rachid SLAQUI
394 Angle Av 2 Mars et
Bd. Panoramique Casablanca
Tél : 0522 21 17 85

83.00



1/ curiglet

20ly

pd + 10x

13.20 1cf

2/ Alegit



4780 rep

2 R 144.00

3/ Da



Boulevard AL Oods, Inara II - Ain Chok - Casablanca

Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06



مصلحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ
INARA II

LOT: 230111
DLUD: 01/2026
83,00DH
21

PPV: 47.80 DH
EXP: 03/25
Lot N°: L0214

LOT 224743
EXP 12/25
PPV 130000

→ 13,20



المملكة المغربية
Royaume du Maroc



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

BULLETIN DE SORTIE

0000964595 2 01/01/1950

EL OUAFI

ZOHRA P100

123003230

06/07/2023

CHR.GLE & VISCERALE

SALLE LIT



مصلحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

Mr

Hospitalisé (e) du

pour (diagnostic)

Traitement

Observation du médecin

Le

au

Dr. CHAFIQ BARDAL
Chirurgie Orthopédique-Traumatologie

Le Médecin traitant



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

BON DE RENDEZ-VOUS

13

POLYCLINIQUE ADDAMAN : SERVICE DE CONSULTATIONS.

NOM PRENOM DU MALADE :

EL Ouf. Zohra

DATE & HEURE DE RENDEZ-VOUS :

NOM DU MEDECIN :

ASODA

SPECIALITE :

N° TÉLÉPHONE DU PATIENT :

Pay

MONTANT DE LA CONSULTATION :

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca
Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

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 : 964595		N° SEJOUR : 123003230		FACTURE N° 2301008203		DATE D'ENTREE : 06/07/2023		DATE DE SORTIE : 07/07/2023		
ASSURE :				N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : EL OUAFI,Zohra P100 BINE LAMDOUNE RU 46 BN 16 CASA				
MALADE : EL OUAFI,Zohra P100										
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		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE FORFAIT K30 (MUTUELLES)	FK30	1.00	1950.00	1950.00					0.00	1950.00
ACTES DE BIOLOGIE Actes Biologie Remboursables par l'AMO	BAMO	160.00	1.10	176.00					0.00	176.00
ACTES DE RADIOLOGIE Actes Radiologie Remboursables par l'AMO	ZAMO	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00
PROTHESES BROCHE DE KIRSCHNER DIAM 18/10 LONG 310M	CMB109	1.00	51.48	51.48					0.00	51.48

Total à reporter				2327.48		0.00		0.00		2327.48
------------------	--	--	--	---------	--	------	--	------	--	---------

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 :	815667	N° SEJOUR :	230027639	FACTURE N° 2305008245		DATE D'ENTREE : 03/07/2023		DATE DE SORTIE : 03/07/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE : EL OUAFI,Zohra BINE LAMDOUNE RUE 46 NO 16 CASA							
MALADE : EL OUAFI,Zohra											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :				UF: 5002 URGENCES							
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	
AUTRES ACTES COTES EN K ACTE DE SPECIALITE MEDICALE		K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
FOURNITURES MEDICALES					19.29					0.00	19.29

Intervenant :	10666 DR ZNASSNI FATIMA ZAHRA	TOTAUX :	244.29							244.29	
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT QUARANTE QUATRE DHS ET VINGT NEUF CENTIMES			PLAFOND PC :					ACOMPTE:			
			REMISE :	0.00	REGLE :	244.29			AVOIR :		
			RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 03/07/2023			EDITEE LE : 03/07/2023		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				

Service : LABORATOIRE

NOM : EL OUFEL ZOHRA

MEDECIN :

REF. : 964595

SERVICE : *Uro*

DATE : 06/07/2022

RESULTATS
HEMOSTASE

		V.N
* T.P	<i>100 %</i>	> 70%
* I. N. R.		
*TCK : TEMOIN MALADE	<i>35 20</i>	T ± 10
* FIBRINOGENE		2 - 4 g/l

Signature

Date mesure: 06/07/2023 14:44	ID échantillon: 0003	ID patient: 964595
Nom patient: ELOUAFI ZOHRA	Date naissance: --- Age: --- Sexe: Inconnu	Type échan.: ---
Mode échantillon: Mesure auto.	Emplacem. rack: 01-03	Pos/Nég: Nég.

Paramètre	Données	Unité	Plage normale
GB	8.27	10 ³ /μL	4.00 - 10.00
GR	4.24	10 ⁶ /μL	3.76 - 5.70
HB	12.04	g/dL	12.00 - 18.00
HT	37.1	%	33.5 - 52.0
VGM	87.5	fL	80.0 - 100.0
TGMH	28.4	pg	28.0 - 32.0
CCMH	32.5	g/dL	31.0 - 35.0
IDR-CV	13.1	%	11.6 - 14.0
IDR-SD	45.9	fL	42.8 - 51.0
PLA	333.3	10 ³ /μL	150.0 - 450.0
THT	0.26	%	0.16 - 0.33
VMP	7.9	fL	7.0 - 11.0
IDP	16.5	%	15.5 - 18.9
P-LCR	30.7	%	20.0 - 58.0
NE	5.12 (61.82%)	10 ³ /μL	1.10(28.00) - 7.00 (78.00)
LY	2.29 (27.69%)	10 ³ /μL	0.70(17.00) - 5.10 (57.00)
MO	0.54 (6.52%)	10 ³ /μL	0.00(0.00) - 0.90 (10.00)
EO	0.27 (3.31%)	10 ³ /μL	0.00(0.00) - 0.90 (10.00)
BA	0.05 (0.66%)	10 ³ /μL	0.00(0.00) - 0.20 (2.00)

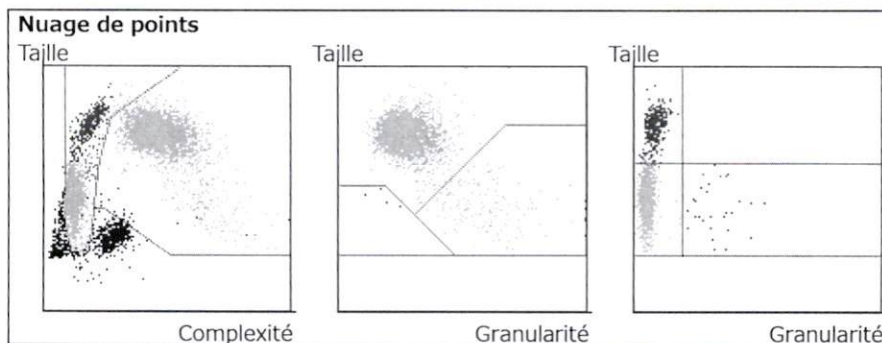
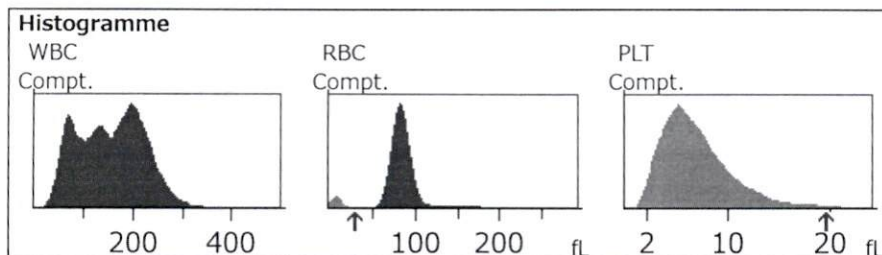
Avertisseur morphol.:

Avertisseur numér.:

Message:

@P-LCC	102.3	10 ³ /uL
@IndexMentzer	21	
@RDWI	275	
@IG	0.06 (0.73%)	10 ³ /uL
@Band	0.04 (0.54%)	10 ³ /uL
@Seg	5.08 (61.28%)	10 ³ /uL

@: Paramètres RUO



Compt. visuel
Blaste
Promyélocyte
Myélocyte
Métamyélocyte
Band
Seg
Lymphocyte
Ly atypique
Monocyte
Éosinophil.
Basophil.
Autre
NRBC/100WBC

Service: ---	Médecin: ---	Nom opérateur: Administrator	Analyzer: MEK-9100
------------------------	------------------------	--	------------------------------

Commentaires:	État: RM: VALIDE QC: VALIDE UM: VALIDE
----------------------	--

Celltac G

Pli à joindre à la D.E.P

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur :



الضمان الإجتماعي

الضمان الإجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

0000964595 2 01/01/1950
EL OUAFI
ZOHRA P100
123003230 06/07/2023
2) CHR.GLE & VISCERALE
SALLE LIT

Etat de malade :

Antécédents :

3) Traitement envisagé et actes :

2) Durée prévisible du traitement :

Dr. CHAFIQ KARDALI
Chirurgie Orthopédique-Traumatologie

جراحة العظام والمفاصل... الجراحة العظمية
جراحة الكسور

06/07/2023

A LE

Signature



مصلحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA
Tél : 0522-21-30-90 (r.L.G) Fax : 0522-50-48-06
RDV : 0522-50-45-13
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 968285		N° SEJOUR : 230032353		FACTURE N° 2303012736		DATE D'ENTREE : 03/08/2023		DATE DE SORTIE : 03/08/2023			
ASSURE :				UF: 5003 RADIOLOGIE 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		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
ACTES DE RADIOLOGIE						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	15.00	10.00	150.00					0.00 150.00	
Intervenant : 46082 DR BENNANI WAFAA					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 : 03/08/2023		EDITEE LE : 03/08/2023		PAR: KAABAD		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			

DECLARATION CAUSES ET CIRCONSTANCES

Code : PR4FR09
Version : 01
Date : 15/06/2023

Je soussigne : **ZOHRA ELOUAFI**

Matricule :

Adresse : **BINELAMDOUNE RUE 46 NR 16 CASABLANCA**

Déclare sur honneur avoir été victime d'un incident survenue en date du :

- Moi-même :
- Mon conjoint :
- Mon enfant :

Circonstances de l'incident :

**TOMBE DANS LES ESCALIERS EN DATE DU 3 JUILLET
2013 à 10H00 DU MATIN. CE QUI MA CAUSE
UNE FRACTURE**

Lieux : **BINELAMDOUNE RUE 46 NR 16 CASABLANCA**

Date : **MATRICULE N° 000813**

Important :

- Cette déclaration sur l'honneur doit être établie dans les 48 heures de l'incident ;
- La MUPRAS se réserve le droit de mener une enquête ou une contre visite à tout moment conformément au règlement intérieur ;
- Toute fausse déclaration ou tentative de fraude engagera son auteur ;
- Cette déclaration doit être légalisée.

Faite-le :

A :

Signature :

أطلع على صحة توقيع
Vo pour la légalisation de la signature
Mr. **ZOHRA**
ELOUAFI
Bureau Enlèvement
Arrondissement de Chockla
مكتب الإنعاش
مقاطعة الشوكلا

01 Aout 2023

عبد الكريم عاصدي
Pour le président et par délégation

Abdelkrim AMDI

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE
Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler
COMPTE RENDU

DATE : 03/08/23

NOM & PRENOM : EL OUAFI ZOHRA
MEDCIN TRAITANT :
EXAMEN : RX MAIN G F/3/4

Matériel d'ostéosynthèse en place.

DR
INARA
POLYCLINIQUE
Service
Radiologie
CNSS
Benani