

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-580673

28498

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4803 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : SENBALI Mohamed

Date de naissance : 12/05/63

Adresse : N°12 Bloc 202 cit' Hassani CASAB

Tél. : 0661420358 Total des frais engagés : 445 + 150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/05 2021

Nom et prénom du malade : JNAID NAJAT et Senbali Age : 58ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Permanente en proscel

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 : CASAB Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
28/5/21			1800,00	INP : [] [] [] [] [] [] [] []
11-06-21	Contrôle			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Naoir, 141, Bis Bd. Hay El Hana - Casablanca Tel : 05 22 36 87 00	11-06-21	448,10 56,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
10, Imm. Contraintes, et Bd. Sidi Aderdja Tel : 05 22 36 10 19 / 05 22 36 87 07	10.06.2021	2,6	460,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veuillez 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	INP : [] [] [] [] [] [] [] []	
				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

مستشفى
POLYCLINIQUE



الإدارة II

INARA II

le 28-05-21

M^{re} JNAÏDI NAJAT

Arcoxia 90 mg

14 comprimés

P.P.V : 268,00 DH

Distribué par MSD Maroc

AMM 453/16DMP/21/NT0



6 118001 160051

268,00 10/ Arcoxia 90 mg



1cp/; après repas

RELAXOL 500MG/2MG

CP B20

P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

53,10 20/ Relaxol 14/



42,00

1 - 0 - 11/



42,00 30/ Omiz 20 mg

1cp/; 14/

PHARMACIE CINEMA ANFA
BENTAYEB

Dr. Naoi Abderrahmane
141, Bis E. - Casablanca
Hay Eboulhassan 87 62

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

82,00

Exp. date :

82,00

PPC (DH) :

445,10

Day mang



14p | 1

Dr. Saoud FAIZ
Rhumatologue
Ostheopathe
Echographie ostéoarticulaire
Arthrométrie, radiologie conventionnelle

PHARMACIE CINEMA ANFA
Dr. Naoual BENTAYEB
141, Bld. Bd. Sidi Abderrahmane
Hay El Hana - Casablanca
Tél : 05 22 36 87 02



وصفة

ORDONNANCE



le 14-06-21

M^{re} JNAIRI NAYAT

56.60

Diploche. n° 1

PHARMACIE ANEMA ANFA
Dr. Naoual BENTAYEB
141, Bis Bd. Sidi Abderrahmane
Hay El Hachem Casablanca
Tél : 05 22 36 87 62

Dr. Fouad FAIZ
Rhumatologue
Osteopathe
Chirurgien Orthopédiculaire





وصفة
ORDONNANCE



le 28.05.24

M^{re} JAWAHER NAJAT

Rx des

genoux.

en charge

RADIOLOGIE HAY HASEGNI
ANFA
10, km Central Road d'Azemmour
6160, Sidi Abdellahmane - Casablanca
Tél : 05 22 50 10 10 / 05 22 50 07 07

Dr. SEBASTIEN FAIZ
Rhumatologue
Osteopathe
Echographie articulaire
Rhumatisme

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 : 871302	N° SEJOUR : 210015673	FACTURE N° 2102005761		DATE D'ENTREE : 28/05/2021	DATE DE SORTIE : 28/05/2021
ASSURE :				DESTINATAIRE : JNAIDI, Najat	
MALADE : JNAIDI, Najat		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI			
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
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 46048 DR FAIZ SOUAD RHUMATOLOGIE	TOTAUX :	150.00						150.00
--	----------	--------	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :
CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
RESTE DU:	150.00					

DATE FACTURE : 28/05/2021	EDITEE LE : 28/05/2021	PAR: LAKHDA	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

(Handwritten signature and blue circular stamp of Polyclinique C.N.S.S - INARA)

*Dr. O. Alami*

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

10/06/2021

PATIENT : Mme.JNAIDI NAJAT
EXAMEN(s) REALISE(s) : RX 2 GENOUX EN CHARGE F/P

Cher Docteur,

Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

Rx DEUX GENOUX FACE ET PROFIL

- ✓ Trame osseuse de minéralisation normale et homogène.
- ✓ Pincement tibio fémoral interne bilatéral.
- ✓ A droite
Ostéophytose spinale externe.
- ✓ A gauche
Ostéophytose bi spinale, pré spinale, du plateau tibial interne.
- ✓ Absence de calcification à projection articulaire, de façon bilatérale.

AU TOTAL

Gonarthrose bilatérale.

Confraternellement

DR N. FARIS

RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA

10, Imm Communal Route d'Azemmour
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

RADIOLOGIE PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE

DOPPLER COULEUR ET ENERGIE

**Dr. O. Alami**

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

10/06/2021

DUPLICATAT**Facture N° 1967/06/2021****Nom patient : JNAIDI NAJAT****Examen(s) réalisé(s) : RX 2 GENOUX EN CHARGE F/P****Date Examen(s) : 10/06/2021****Montant : 460 DH****Montant Produits : 0,00 DH**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL :
QUATRE CENT SOIXANTE DIRHAMS**

**RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA**
10, Imm. Communal Route d'Azemmour
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07