

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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

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

Nº P19-0035801

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 003.13 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL OUAIFI Zahra

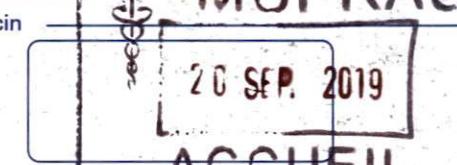
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	
 DROITE 11 12 21 22 GAUCHE 13 14 15 16 17 18 HAUT 19 20 23 24 25 26 27 28 BAS 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33					Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution	
 DROITE 11 12 21 22 GAUCHE 13 14 15 16 17 18 HAUT 23 24 25 26 27 28 BAS 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11		H 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			
VOLET ADHERENT NOM :				Mme	
DECLARATION N° P 17 / 0043571		MUPRAS <small>Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc</small>			
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 00313	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom EL Oufi Zohra			
Fonction VENDEUR	Phones 0522215798		
Mail dovante.sanam@outlook.com			
MEDECIN	Prénom du patient 1 ^{er} EL Oufi Zohra		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 6/9/2019	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes 		Nbre de Coefficient 	
		Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE Montant de la facture 		Date 09/09/19 Rue Lakhdissa N° 84, 100ème Laïdioune Casablanca 10600 Tél: 0522200102 RC: 422615 - TP: 347 - 039 - F: 336220097 Tél: 0522215798	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Désignation des Coefficients 		Date 11/09/19 Montant détaillé des Honoraires 	
AUXILIAIRES MEDICAUX Nombre AM PC IM IV		Date Montant détaillé des Honoraires	
		CACHET 	

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



الضمان الاجتماعي

• 100 •

GNSS

CNSS

Journal of Health Politics, Policy and Law

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

P P V : 205,00 DH

Page 1

100001 00283

6"118001 " 08081

مصحة
POLYCLINIQUE



الإنارة II
INARA II

le 13/03/13

7- EL OUARI Zohra

149.60 | Speeth Bar 6
 $149 \times 25 \times 10$

205,00 20/ Tawonic Sts (3)
1 cp 1j xotj

354. B

[Signature] **Jamia**
EUROLOGIE
NSS Intra
1-103

Boulevard Al Oods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

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

Formulation à base de plantes

CODE No /No DU CODE
MH/DRUGS/A YU-146
B No /No LOT CK0297K
MFD /FAB 11/2017
EXP 10/2021
(01) 189011109250
(21) 4W2KRBBP2KA4RZ



PPC: 55,00 DH



الإنارة II
INARA II

وصفة

ORDONNANCE

Le 06/09/18
El Ouardia N° 04-SG-88 Bine Laoudoun
Tél: 0522 21 30 90 - F: 336220097
Tél: 0522 21 30 82

le 06/09/18

El Ouardia Zohra

55,00

Kintex

1 c à p x 3/j



Dr. El Ouardia
Polyclinique Inara II
Casablanca

وصفة
ORDONNANCE



الإنارة II
INARA II

le 06/3/13

Mme ELOUAFI Zohra

NFS

CRP

LABORATOIRE PANORAMIQUE
D'ANALYSES MEDICALES
Dr KADIR Mohamed
Biologiste

Dr. HASSAN Elouafi
Laboratoire Panoramique
Dr. KADIR Mohamed
Biologiste

Dr. HASSAN Elouafi
Laboratoire Panoramique
Dr. KADIR Mohamed
Biologiste



الضمان الاجتماعي
CNSS

0 9 0 0 0 1 5 5 3

N° IPP :	815667	N° SEJOUR :	190039202	FACTURE N° 1902017427				DATE D'ENTREE :		06/09/2019	DATE DE SORTIE :		06/09/2019	
ASSURE :								DESTINATAIRE :						
MALADE :	EL OUAFI,Zohra				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		EL OUAFI,Zohra							
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :		BINE LAMDOUNE RUE 46 NO 16 CASA							
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 : 46196 DR HASSANI LAMIA			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 : 06/09/2019 EDITEE LE : 06/09/2019 PAR: LAKHDA			ACCIDENT DE TRAVAIL:										
			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										

الضمان الاجتماعي
Polyclinique Casablanca
Caissière Availaire



الدكتور (النواري) محمد
أخصائي في التحاليل الطبية

مختبر التحاليل الطبية بانوراميك

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique
Diagnostique Biologique et Parasitaire
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris V
Ex. Attaché des Hôpitaux de France

Facture N° : 9559
Casablanca le 11 septembre 2019
A l'attention de : **Mme EL OUAFI ZOHRA**

Analyses :

Numération formule complète -----	B	80
Protéine C réactive -----	B	100

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

Total dossier : 260,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Soixante Dirhams

L'ANALYSE PANORAMIQUE
DR. KADIRI Mohamed
Biologiste

شارع بانوراميك، زاوية شارع 2 مارس - عين الشق - الدار البيضاء
197 , Bd Panoramique , Angle Bd 2 Mars - Ain Chock - Casablanca

الfax : 05 22 52 29 61 / 05 22 87 50 47 الهاتف : 05 22 52 26 74
Tél : 05 22 52 29 61 الهاتف : 05 22 87 50 47 Fax : 05 22 52 26 74
C.N.S.S : 6070445 - ICE : 001714638000061 - INPE : 093002053



الدكتور (النافوري) محسن
أخصائي في التحاليلات الطبية

مختبر التحاليلات الطبية بانوراميك

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique
Diagnostique Biologique et Parasitaire
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris
Ex. Attaché des Hôpitaux de France

Dossier ouvert le : 11/09/19.
Prélèvement effectué à 08:06

Mme EL OUAFI ZOHRA
Docteur LAMIA HASANI
Dossier N° : 1911122

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE COMPLETE

						Valeurs de référence (Femme Adulte)
HEMATOCRITE	:	40,3	%			35 - 47
HEMOGLOBINE	:	13,3	g/100			12 - 16
GLOBULES ROUGES	:	4,49	M/mm3			4 - 5,4
CONSTANTES ERYTHROCYTAIRES						
V.G.M.	:	89	fl			85 - 100
T.G.M.	:	29	pg			27 - 33
C.C.M.H.	:	33	%			31 - 36
* GLOBULES BLANCS	:	13 160	/mm3			4000 - 10000
FORMULE LEUCOCYTAIRE						
P. NEUTROPHILES (PNN)	:	71,6	%	soit	9 423	/mm3
P. EOSINOPHILES (PNE)	:	2,8	%	soit	368	/mm3
P. BASOPHILES (PNB)	:	0,4	%	soit	53	/mm3
* LYMPHOCYTES	:	19,2	%	soit	2 527	/mm3
MONOCYTES	:	6,0	%	soit	790	/mm3
PLAQUETTES	:	289 000	/mm3			

IMMUNOLOGIE / SEROLOGIE

CRP (Protéine C Réactive) : 38,00 mg/l < 6

شارع بانوراميك، زاوية شارع 2 مارس - عين الشق - الدار البيضاء
197 , Bd Panoramique , Angle Bd 2 Mars - Ain Chock - Casablanca

الفاكس : 05 22 52 29 61 / 05 22 87 50 47 | الهاتف : 05 22 52 26 59 | Fax : 05 22 52 26 59
ر.س.ت. رقم 24022027 - إ.ف. رقم 51360060 - C.N.S.S : 6070445 - I.C.E : 001714638000061 - INPE : 093002053