

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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 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.

## 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



## Déclaration de Maladie

Nº P19-0035798

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <b>PO313</b>	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>EL OUAFI Zahora</b>		
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) : ..... 

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF	= Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z	= Electro - Radiologie
B	= Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous enveloppe confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HÔPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit revenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.



B1c37530  
**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DÉPÔT

AÉROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 906393

## A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : Elouafi Zohra  
Matricule : 00313 Fonction NEUVE DAWA Poste :  
Adresse : Bi komber Rue 46 216   
Tél. : 0522815798 Signature Adhérent :

## A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Elouafi Zohra Age   
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
Date de la première visite du médecin : 23-08-2010  
Nature de la maladie : Pneum poly  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A Elouafi le 20/09/2010 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

## VOLET ADHÉRENT

### DECLARATION

Matricule N° : 00313 906393 MUPRAS  
Nom du patient : Elouafi Zohra  
Date de dépôt : 02/09/10  
Montant engagé  
Nombre de pièces jointes :



## RELEVE 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
23.08.2019		1	250	16 Dr. BELKADI Médecin Généraliste Polyclinique CNSS - INARA.

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE</b> <b>Docteur en Pharmacie</b> <b>288, Bd. Pétrarque Casse</b> <b>Tel: 05 21 06 11</b>	23/08/2019	22870

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
23/08/19	21G	1 Coeff	8

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHÉSES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. BELKADI Abdelai  
Médecin Généraliste  
Polyclinique CNSS - INARA



# وصفة

## ORDONNANCE

le 23.08.2019.

Mr. El Wati Mounia

PHARMACIE H.C. 14  
Docteur en Pharmacie  
98, Bd. Panoramique Casa  
Tél : 0522 21 30 93

11  
100 mg 2 fois par jour

1 ml x 21

10 ml  
2

500 mg  
dr. a Dr. 100 mg 2 fois par jour

300 mg pour libérer tel.

100 mg 2 fois par jour

100 mg 2 fois par jour

Dr. BELKADI Abdelai  
Médecin Généraliste  
Polyclinique CNSS - INARA

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

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

# DociVox

Sirop naturel

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES  
(THYM-MAUVE-MELEZE)

- Apaise et dégage les voies respiratoires
- Adoucit la gorge irritée en cas de toux
- Renforce les défenses naturelles

SANS CONSERVATEUR



200 ml

menthe

LOT: 190049  
BLUG: 02/2022  
69.00 DH



69,00

soigne en cas de toux  
Renforce les défenses naturelles

200 ml

30 mg / 5ml

BRONCOLIBER

Ambroxol Chlorhydrate

Solution buvable

200 ml

ADULTES

Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants.

Formule :

Prednisolone ..... 20 mg (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Excipients ..... (s.p. 1 comprimé effervescent soluble)

Ce conditionnement contient au total quatre cent milligrammes de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet

notoire : voir notice

PPV:48DH50

PER:06-22

LOT:11519

جوزاسين 500 مغ

6 1180001170334  
josacine® 500 mg  
20 comprimés pelliculés

AMM N° 27 DMP/21/NCI

500 مغ

LOT : M0008 / EXP : MAR 2020

DISTRIBUE PAR  
LES LABORATOIRES  
SOTHEMA PPV : 140,20 DH

فريصا 20

# وصفة

## ORDONNANCE



جنارة II  
INARA II

le 23.08.2009

Mr H. MAST  
DOUTRE

Rehabs



Dr. BELKAÏD Abdellatif  
Médecin Généraliste  
Praticien CNSS - INARA



## 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



C.N.S.S.

090001520

N° IPP : 815648 N° SEJOUR : 190036897

FACTURE N° 1903012675

DATE D'ENTREE : 23/08/2019 DATE DE SORTIE : 23/08/2019

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : EL WAFI, Zohra

EL WAFI, Zohra

NOM JEUNE FILLE : EL WAFI

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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										
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 :

REMISE : 0.00 REGLE : 160.00 ACOMPTE :

RESTE DU : 0.00 AVOIR :

DATE FACTURE : 23/08/2019

EDITEE LE : 11/09/2019 PAR: ZARIA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

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



N° IPP : 815647 N° SEJOUR : 190036896

FACTURE N° 1905011341

DATE D'ENTREE : 23/08/2019

DATE DE SORTIE : 23/08/2019

ASSURE :

MALADE : EL WAFI, Zohra

NOM JEUNE FILLE : EL WAFI

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

EL WAFI, Zohra

EL WAFI

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 Oxygénothérapie par demi heure	FURG15	1.00	100.00	100.00					0.00	100.00
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES FURILAN 1 AMP INJECTABLE SOLUMEDROL 120 MG INJECT	F123 S017	2.00 1.00	3.72 38.06	7.44 38.06					0.00	7.44 38.06
FOURNITURES MEDICALES				21.16					0.00	21.16



Total à reporter

254.16

0.00

0.00

254.16

N° IPP : 815647 N° SEJOUR : 190036896

FACTURE N° 1905011341

DATE D'ENTREE: 23/08/2019 DATE DE SORTIE: 23/08/2019

UF de présence: 5002 URGENCES

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				254.16		0.00		0.00		254.16

Intervenant : 10644 DR BELKADI ABDELALI TOTAUX : 254.16 254.16

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT CINQUANTE QUATRE DHS ET SEIZE CENTIMES

PLAFOND PC :

REMISE : 0.00 REGLE :

RESTE DU: 254.16 AVOIR :

DATE FACTURE : 23/08/2019 EDITEE LE : 23/08/2019 PAR: SARA

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



## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

### COMPTE RENDU

DATE : 23/08/19

**NOM & PRENOM : EL OUAFI ZOHRA**

**MEDCIN TRAITANT :**

**EXAMEN : RX POUMON**

- ❖ Elargissement de la silhouette cardio- mediastinale
- ❖ Déroulement aortique
- ❖ Surcharge broncho-interstitiel
- ❖ Absence de foyer – parenchymateux
- ❖ Culs sacs pleuraux libres.

DR

Dr. BLOUZDAD Abdellah  
Cité Inara  
Radiologie  
Tél: 022.21.30.90-022.21.30.93  
022.50.48.06