

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

biologie 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.

ique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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

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

N°D.
34716,

Déclaration de Maladie : N° P19-0017615

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01177

Société : R A M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Aïssa Fattouma

Date de naissance : 1952

Adresse : N°113 Rue 28 Alia 2 oulfa - Casa

Tél. : Total des frais engagés : 459,94 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) :

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
03/07/2020			94,24	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'Angle du Qued Sebou et Rue 190, El Oulfa CASABLANCA Tél: 05 22 90 50 09 - Tél: 05 22 90 88 00	03/07/2020	113,30
	03/07/2020	52,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/07/2020		20,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

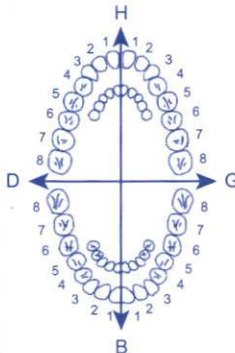
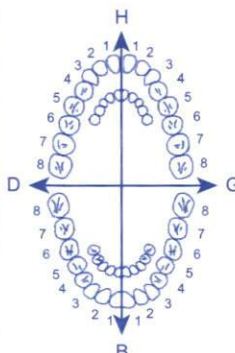
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



الضمان الاجتماعي
+06208+ +06281+

CNSS
Le devoir de vous protéger

LYS PHARMA SARL AU
TAHIRI-JOUTI
ORDONNANCE
Docteur
687, angle Bd. Oued Sebou
et Rue 150, El Oulfa
CASABLANCA

Tél. 0522 50 50 09 - Fax 0522 50 50 10

VERIFIE
Dr. CHAHRANI . H

مصلحة
POLYCLINIQUE



الإدارة II
INARA II

le 3/7/20

A. J. J. Fatma

Melissa 160



1 - 1 - 2

Paracetamol



1 - 1 - 1

T. 13 1 30 1

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



Dr. Fatima Zahra ZNASSNI
Médecin Généraliste
Polyclinique CNSS-INARA

المصلحة
POLYCLINIQUE



الإدارة II
INARA II

Dr. Saïd RAMI
Service des Urgences
Polyclinique CNSS-INARA

Boulevard Al Qods, Inara II - Ain Chok - CASABLANCA

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



الضمان الاجتماعي

ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⵎⴰⵔⵓⵜ

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



الإدارة II

INARA II

le

03.07.2010

Aijjou Fathouma

52.40 Smeeta (S.V)

1S 2 PLU

LYS PHARMA SARI SU

TAHIRE-JOUTI JACOBI

Docteur en Pharmacie

687, angle Bd. Oued Sebou

et Rue 150, El Oulfa

BLANC

0522 50 45 13 - Tél/Fax: 05 22 50 48 06

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



Dr. Fatima Zahra ZN

Medecin Général

Polyclinique CNSS-INARA

smecta® 3g

Diosmea

LOT : 8MA527
PER.: 05 2021

SMECTA 3G
SACHETS B30

P.P.V : 52DH40



en sachet

**ette notice
ment. Elle
importantes**

Si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que SMECTA, poudre pour suspension buvable en sachet et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre SMECTA, poudre pour suspension buvable en sachet ?
3. Comment prendre SMECTA, poudre pour suspension buvable en sachet ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver SMECTA, poudre pour suspension buvable en sachet ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE SMECTA, poudre pour suspension buvable en sachet ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

AUTRES ADSORBANTS INTESTINAUX

(A : Appareil digestif et métabolisme).

Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique en cas de : • Diarrhée aiguë chez l'enfant et le nourrisson, en complément de la réhydratation orale, et chez l'adulte ; • Diarrhée chronique (de longue durée) ; • Douleurs liées à des maladies digestives affectant l'œsophage, l'estomac et/ou l'intestin.

MEGASFON® appartient à une classe de médicaments appelés antispasmodiques. Il agit contre les spasmes (contractions).

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

MEGASFON® est indiqué dans les traitements suivants :

- Traitement symptomatique

Megasfon®

Phloroglucinol, Triméthylphloroglucinol

MEGASFON® 80 mg, comprimés orodispersibles
MEGASFON® 160 mg, comprimés orodispersibles
MEGASFON® 150 mg / 150 mg, suppositoires

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Ce médicament peut être utilisé en automédication c'est à dire utilisé sans consultation ni prescription d'un médecin.

Si les symptômes persistent, s'ils s'aggravent ou si de nouveaux symptômes apparaissent, consultez votre médecin.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFIER À VOTRE MÉDECIN

ATTENTION : MÉDICAMENT À RISQUE D'INTERACTIONS

INTERACTIONS AVEC LES PLANTES ALTERNATIVES

Sans objet.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse
Si vous êtes une femme enceinte, consultez votre pharmacien avant de prendre ce médicament. Il doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

Allaitement

L'utilisation de MEGASFON® est déconseillée chez la femme qui allaite. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

SPORTIFS

Sans objet.

EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES OU A UTILISER DES MACHINES

Sans objet.

LOT : 7675

UT. AV : 01-22

P.P.V : 58 DH 30

ou de ne



Gélule

Voie orale

Purcarb®

Deva
Pharmaceuticals

Extrait de séné - Extrait de rhubarbe - Charbon végétal

COMPOSITION

Extrait sec de feuille de séné (cassia angustifolia) 95 mg, extra
(extractum Rhei) 30 mg, charbon végétal activé 180 mg. Excip

PRESENTATIONS

Boîte de 15 gélules

LOT: 190268
DLUO: 06/2022
73,00DH

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 03/07/20

NOM & PRENOM : AIJJOU FATTOUMA
MEDCIN TRAITANT :
EXAMEN : ECHO ABDOMINALE

Foie de taille normale et d'échostructure homogène.

Tronc porte de calibre normal et perméable.

Vésicule biliaire libre à paroi fine.

Les voies biliaires intra hépatiques et la voie biliaire principale ne sont pas dilatées.

Pancréas d'aspect échographique normal.

La rate est de taille normale et d'échostructure homogène.

Les deux reins sont de taille normale, de contour régulier avec une bonne différenciation cortico-médullaire sans dilatation des cavités pyélocalicielles ni d'image de lithiase rénale échographiquement visible.

A noter un kyste sinusal rénal gauche 3.3 cm.

Absence d'épanchement intra péritonéale

CONCLUSION

Echographie abdominale normale.

Aérocolie.

Dr. ADABI Aicha
Radiologue



N° IPP : 844086	N° SEJOUR : 200016897	FACTURE N° 2003005953		DATE D'ENTREE : 03/07/2020		DATE DE SORTIE : 03/07/2020					
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : AIJJOU,Fattouma							
MALADE : AIJJOU,Fattouma											
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	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 46208 DR ADABI AICHA	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :				ACOMPTE :		
DEUX CENTS DHS		REMISE :		0.00		REGLE :		
		RESTE DU :		200.00		AVOIR :		
DATE FACTURE : 03/07/2020	EDITEE LE : 03/07/2020	PAR : MHAJAR	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 0307 2020

Mme Aijjou Fatouma

Age = 68 ans

ATCDs = Anterior cruciate

Patient present des douleurs

FL D6

=> echo abd



المملكة المغربية
Royaume du Maroc

Dr. Fatima Zahra ZNASSNI
Médecin Généraliste

Polyclinique CNSS-INARA

POLYCLINIQUE



Boulevard Al Qods, 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

N° IPP : 844086	N° SEJOUR : 200016898	FACTURE N° 2005005347	DATE D'ENTREE: 03/07/2020	DATE DE SORTIE: 03/07/2020
UP : 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				94.24		0.00		0.00		94.24

Intervenant : 10666 DR ZNASSNI FATIMA ZAHRA	TOTAUX :	94.24						94.24
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT QUATORZE DHS ET VINGT QUATRE CENTIMES		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU:	94.24					
DATE FACTURE : 03/07/2020	EDITEE LE : 03/07/2020	PAR: MHAJAR	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			



POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
 Bords 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 : 844086	N° SEJOUR : 200016898	FACTURE N° 2005005347		DATE D'ENTREE : 03/07/2020	DATE DE SORTIE : 03/07/2020
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : AIJJOU, Fattouma	
MALADE : AIJJOU, Fattouma					
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
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 PROFENID 2 ML 1 AMP INJECT IM	P067	1.00	5.62	5.62					0.00	5.62
FOURNITURES MEDICALES				1.12					0.00	1.12



Total à reporter				94.24		0.00		0.00		94.24
------------------	--	--	--	-------	--	------	--	------	--	-------