

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 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

| | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------|
| Matricule : | 9751 | Société : | RAM par Conn |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | QUANDRY AZIZ 134043 |
| Nom & Prénom : | | Date de naissance : | |
| Adresse : | | Tél. : Total des frais engagés : Dhs | |

Cadre réservé au Médecin

| | | | |
|---|---|-------------------|---|
| Cachet du médecin : |  | | |
| Date de consultation : | 22/07/2022 | Age : | 30 |
| Nom et prénom du malade : | ya smino quadry | Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | Thérapie d'ostéopathie | | |
| 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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21- 37953

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 26.07.22 | Z 30 | 300,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-34), and lower right (35-46). The arch is centered on a vertical axis with an upward-pointing arrow labeled 'H' at the top. A horizontal arrow to the left is labeled 'D' (Distal). A horizontal arrow to the right is labeled 'G' (Gingival). A downward-pointing arrow at the bottom is labeled 'B' (Body).

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.

VIGA ET RACHETE DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



N° IPP : 918566 N° SEJOUR : 220028549

FACTURE N° 2203010967

DATE D'ENTREE : 22/07/2022 DATE DE SORTIE : 22/07/2022

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : QUADRY, Yasmine

QUADRY, Yasmine

NOM JEUNE FILLE : BL154201

TIERS PAYANT 1 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

TIERS PAYANT 2 :

N° IMMAT C.N.S.S. :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

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 | Z | 30.00 | 10.00 | 300.00 | | | | | 0.00 | 300.00 |
| ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|----------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--------|
| Intervenant : 46208 DR ADABI AICHA | TOTAUX : | 300.00 | | | | | | | | 300.00 |
|------------------------------------|----------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--------|

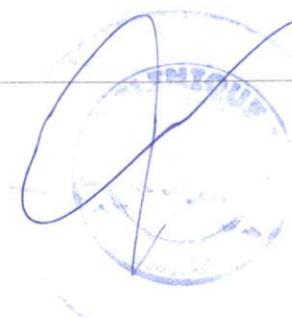
| | | | | | | | | | |
|---|--------------|------|---------|--------|--|--|--|----------|--|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | PLAFOND PC : | | | | | | | ACOMPTE: | |
| TROIS CENTS DHS | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 300.00 | | | | AVOIR : | |
| | RESTE DU: | 0.00 | | | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------|------------------------|------------|--------------------------------------|----------------------------------|-----------|
| DATE FACTURE : 22/07/2022 | EDITEE LE : 22/07/2022 | PAR: HAFID | 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 | |





| N° IPP : | 918566 | N° SEJOUR : | 220028550 | FACTURE N° 2205008386 | | | | DATE D'ENTREE : 22/07/2022 | | DATE DE SORTIE : 22/07/2022 | |
|---|---------------|------------------|------------------|---|----------------|---------|----------------|----------------------------|----------------|-----------------------------|--|
| ASSURE : | | | | | | | | DESTINATAIRE : | | | |
| MALADE : QUADRY, Yasmine | | | | UF: 5002 URGENCES | | | | QUADRY, Yasmine | | | |
| NOM JEUNE FILLE : BL154201 | | | | 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. | C | 1.00 | 80.00 | 80.00 | | | | | 0.00 | 80.00 | |
| CONSULTATION DE GENERALISTE | | | | | | | | | | | |
| ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX | AMI | 1.00 | 7.50 | 7.50 | | | | | 0.00 | 7.50 | |
| ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER | | | | | | | | | | | |
| FOURNITURES MEDICALES | | | | 2.21 | | | | | 0.00 | 2.21 | |
| Intervenant : 10666 DR ZNASSNI FATIMA ZAHRA | | | | TOTAUX : | 89.71 | | | | | 89.71 | |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE : | | |
| QUATRE-VINGT NEUF DHS ET SOIXANTE ONZE CENTIMES | | | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 89.71 | | AVOIR : | | |
| | | | | RESTE DU: | 0.00 | | | | | | |
| DATE FACTURE : 22/07/2022 EDITEE LE : 22/07/2022 PAR: HAFID | | | | 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 D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 22/07/22

NOM & PRENOM : QUADRY YASMINE

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : RX COUDE+AVANT BRAS DT F/P

- Absence de lésion traumatique visible.
- Intégrité des interlignes articulaires

DR:

Dr. BENHABIB WAFA
RADHIA



AUTORISATION DE PRELEVEMENT



Code : PR3FR01

Version : 1

Date : 23/05/2022

Je soussigné :

Nom : Prénom :

Matricule : N° de CIN :

N° d'affiliation à la CIMR :

Titulaire de la pension N° à la CIMR :

Dans le cadre de mon affiliation à l'Assurance Maladie auprès de la Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales de la Compagnie Nationale de Transports Aériens Royal Air Maroc, ci-après, la MUPRAS, je demande et autorise, expressément, la Caisse Interprofessionnelle Marocaine de Retraites, ci-après, la CIMR :

1. à communiquer à la MUPRAS, et à chaque fois que cette dernière le demande, le montant de ma pension,
2. à retenir, et virer à la MUPRAS, la cotisation de mon affiliation à la MUPRAS dont le montant sera précisé par la MUPRAS à la CIMR ;
3. à retenir pour chaque prélèvement la somme de cinq DH TTC sur ma pension, au titre de frais de gestion.
4. en cas de suspension de ma pension, à reprendre les prélèvements en faveur de la MUPRAS dès le règlement de ma première pension et ce, après régularisation de ma situation administrative auprès de la CIMR.

Par la signature de la présente attestation, je dégage la CIMR de toute responsabilité concernant les prélèvements effectués en faveur de la MUPRAS. En cas de litige sur un prélèvement, celui-ci sera réglé directement entre le pensionnaire et la MUPRAS.

J'atteste que la présente autorisation reste valable pour toute la durée du protocole d'accord entre la CIMR et la MUPRAS, fixant les conditions et les modalités de prélèvements sur les pensions de retraite, dont je déclare avoir pris valablement connaissance.

Fait à

Le

Signature légalisée précédée de la mention :

« Lu et Approuvé »

Je soussigné :

Nom : Prénom :

Matricule : N° de CIN :

N° d'affiliation à la CIMR :

Titulaire de la pension N° à la CIMR :

Dans le cadre de mon affiliation à l'Assurance Maladie auprès de la Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales de la Compagnie Nationale de Transports Aériens Royal Air Maroc, ci-après, la MUPRAS, je demande et autorise, expressément, la Caisse Interprofessionnelle Marocaine de Retraites, ci-après, la CIMR :

1. à communiquer à la MUPRAS, et à chaque fois que cette dernière le demande, le montant de ma pension,
2. à retenir, et virer à la MUPRAS, la cotisation de mon affiliation à la MUPRAS dont le montant sera précisé par la MUPRAS à la CIMR ;
3. à retenir pour chaque prélèvement la somme de cinq DH TTC sur ma pension, au titre de frais de gestion.
4. en cas de suspension de ma pension, à reprendre les prélèvements en faveur de la MUPRAS dès le règlement de ma première pension et ce, après régularisation de ma situation administrative auprès de la CIMR.

Par la signature de la présente attestation, je dégage la CIMR de toute responsabilité concernant les prélèvements effectués en faveur de la MUPRAS. En cas de litige sur un prélèvement, celui-ci sera réglé directement entre le pensionnaire et la MUPRAS.

J'atteste que la présente autorisation reste valable pour toute la durée du protocole d'accord entre la CIMR et la MUPRAS, fixant les conditions et les modalités de prélèvements sur les pensions de retraite, dont je déclare avoir pris valablement connaissance.

Fait à

Le

Signature légalisée précédée de la mention :

« Lu et Approuvé »



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

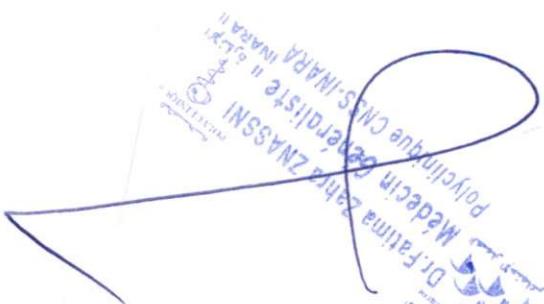
وصفة ORDONNANCE

le 22.07.21

yasmine qudray

rx coude + aine b1as
gt f + p

Dr. BENNANI WFA
RADIOLOGIE



Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca

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



مصحة الشمام
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة ORDONNANCE

le 22/07/02

Yasmine quadri

1/ Antigut. 5

cep

200 mg pdt 2j

2/ Myobif

1cp 1/2 less

400 mg

3/ Flexerol po oral
1app t 8h

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca

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

4/ cétamyl lg
cep 30g

~~Dr Fatima Zahra ZNASSNI
Médecin Généraliste " INARA
Polyclinique CNSS-INARA~~