

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° W21-711396

145630

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1841

Société :

RAT

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

MOUJIM

ZOHRA

Date de naissance :

15-01-55

Adresse :

H264 LOT BL WAF A DBROUA

Tél. :

0661746288

Total des frais engagés :

321,20

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 :

goutte + diabète

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



مصحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة

ORDONNANCE

le 14-11-22.

M^{me} MOULI M ZOHRA

10/ NOCTYOL



10pp/1



149,00

20/ FLEAIDAD.

1 - 0 - 1/1; 3ms



22,20

3/

COSOLINE

144,20

1 - 1 - 1/1; m

TTL.

[Signature]

Amieur

Boulevard AL Qods, Inara II - Aïn Chok - Casablanca

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

40/ or those reposit magnet etc
(sdcc)



LOT: 2206026
FAB: 06/2022
EXP: 06/2025
PUC: 149.00DH

PIV 200H20
PER 17/24
LOT L2676

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 : 910724		N° SEJOUR : 220045159		FACTURE N° 2202014535		DATE D'ENTREE : 14/11/2022		DATE DE SORTIE : 14/11/2022				
ASSURE :				DESTINATAIRE : MOULIM,Zohra								
MALADE : MOULIM,Zohra		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	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
	CLE	x COEF	UNITAIRE			% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.												
CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	
Intervenant : 46104 DR IBNOU SOUFIANE NADIA				TOTAUX :		150.00					150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
					REMISE :		0.00	REGLE :		150.00	AVOIR :	
					RESTE DU:		0.00					
DATE FACTURE : 14/11/2022					EDITEE LE : 14/11/2022		PAR: HAJAR		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					

