

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0012965

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 376 Société : ROYALE AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RABAOUA MOSTAFA 152764
 Date de naissance : 1973
 Adresse : HAY ENNOUR Ave N°11 CASABLANCA
 Tél. : 0662 89 0155 Total des frais engagés : 244.80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]
 Date de consultation : 12/02/2023
 Nom et prénom du malade : RABAOUA MOSTAFA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Marché du Coiffeur St.
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : glissade à domicile
 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 : CASABLANCA Le : 03 / 03 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

1ère 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

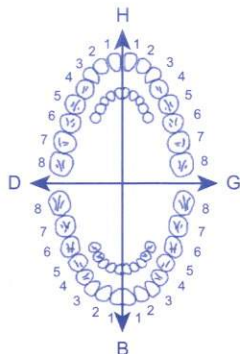
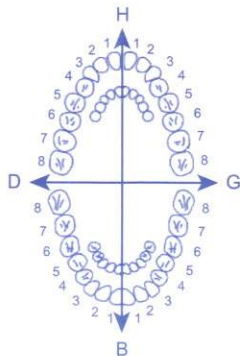
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										

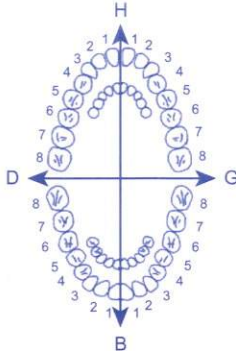
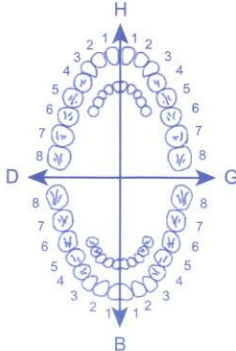
VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient			
						COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
							MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
							DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
							FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE						
		<div><div>H</div><div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div>D</div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div>B</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div>G</div><div><div>00000000</div><div>11433553</div></div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
		<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>	
						DATE DU DEVIS	<input type="text"/>	
						DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE
Radiologie conventionnelle - Echographie - Doppler
COMPTE RENDU

DATE: 12/02/23

NOM & PRENOM : RABAOUA MOSTAFA
MEDCIN TRAITANT :
EXAMEN : RX HANCHE DT F/P

- Fracture trans -chanterienne droite non déplacée.

Dr. Ouafar EL MOUCHA
Radiologist - Radiologie
CNSS - INARA
036269

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 :	945792	N° SEJOUR :	230006511	FACTURE N° 2303002475		DATE D'ENTREE : 12/02/2023		DATE DE SORTIE : 12/02/2023					
ASSURE :				DESTINATAIRE : RABAOUA,Mostafa									
MALADE : RABAOUA,Mostafa													
NOM JEUNE FILLE :													
TIERS PAYANT 1 :													
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :									
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :									
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh			
ACTES DE RADIOLOGIE						MONTANT		MONTANT		MONTANT			
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	15.00	10.00	150.00					0.00 150.00			
Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO DE RADIOLOGUES (RADIOLOGIE)		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 : 12/02/2023		EDITEE LE : 12/02/2023		PAR: KAABAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :					
						Réglement 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
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 :	945792	N° SEJOUR :	230006512	FACTURE N° 2305001897		DATE D'ENTREE : 12/02/2023		DATE DE SORTIE : 12/02/2023			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : RABAOUA,Mostafa					
MALADE : RABAOUA,Mostafa											
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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
FOURNITURES MEDICALES					7.80					0.00	7.80

Intervenant : 10262 DR RAFAI LATIFA (MEDECINE GENERALE)	TOTAUX :	127.80						127.80
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT SEPT DHS ET QUATRE-VINGT CENTIMES		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	127.80		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 12/02/2023	EDITEE LE : 12/02/2023	PAR: KAABAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
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					