

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-006001

161133.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1373 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NAKARY ABDELKABIR

Date de naissance : 1-1-1970

Adresse :

Tél. : 06-33-53-30-01 Total des frais engagés : 70620 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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) :



Lyrica 300 mg - 56 gélules
PPV : 684,00 DH



6 118001 170715

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
09/03/23			150,00	DR SKHESI NEUROCHIRURGIE Maladies et malformations de la moelle et des nerfs télé: 06 22 83 51 28 / INP: 091218717
03/04/2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MORSI LOT N° 20 DEROUA TEL: 05 22 54 51 90 Gsm: 06 51 54 20 88 INPE: 062104718	16/04/2023	706,00 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/04/23	2er	410,00 DH

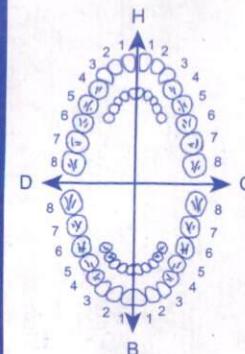
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

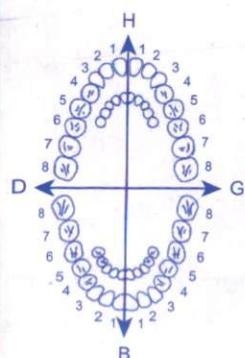
PPV 22 DH 20
PER 07/24
LOT L 2448



SOINS DENTAIRES
Dents Traitées



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

وصفة

ORDONNANCE

le 26/04/2023

7^م Routin ride

① Feloden
Fyp 18 + 1
22,00
② Unobix 500 mg
3x103



Dihydrocodeine
ج.م ٢٧٠

④ Anulen
2 جم ٦ - ١

684,00
4
706,20

Boulevard AL Qods Inara II - Aïn Chok - Casablanca

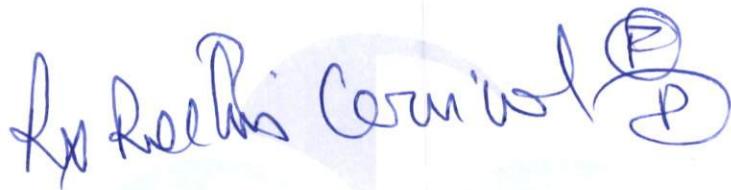
Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06



INARA II

وصفة
ORDONNANCE

Mr Moutamiz le 08/03/2023
seule




DR SKHISSI MOUNIM
NEUROCHIRURGIEN
Système nerveux
tel: 0572 83 21 28 / INP: 0912 18727

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca
21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 26/04/23

NOM & PRENOM : MOUTMIR SAIDA

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : RX RACHIS CERVICALE F/P

Pincement C5-C6 avec bec osteophytique
anterieure.



Dr.
M. Ouedraogo
Polyclinique
Inara
Rachis
Casablanca
091036246

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

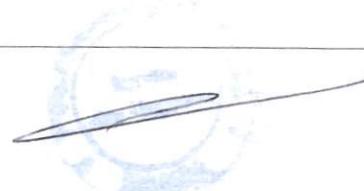
RDV : 0522-50-45-13

INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF; 1602058



N° IPP :	955174	N° SEJOUR :	230017078	FACTURE N° 2303006612				DATE D'ENTREE :		26/04/2023	DATE DE SORTIE :		26/04/2023		
ASSURE :								DESTINATAIRE :		MOUTMIR,Saida					
MALADE :	MOUTMIR,Saida				UF: 5003 RADIOLOGIE										
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S :										
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :										
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	
ACTES DE RADIOLOGIE			% / Dh	MONTANT						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT		
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE			Z	24.00	10.00	240.00					0.00	240.00			

Intervenant :	46085 DR BENBOUZID ABDELJALIL	TOTAUX :	240.00								240.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
DEUX CENT QUARANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	240.00			AVOIR:	
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 26/04/2023 EDITEE LE : 26/04/2023 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							



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 :	949191	N° SEJOUR :	230010290	FACTURE N° 2302003568				DATE D'ENTREE :	08/03/2023	DATE DE SORTIE :	08/03/2023		
ASSURE :								DESTINATAIRE :					
MALADE :	MOUTMIR,Saida				UF:	6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				MOUTMIR,Saida			
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :								
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.			Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant :	46207 DR SKHISI MOUNIM	TOTAUX :	150.00								150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :							ACOMPTE:		
			REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR :		
			RESTE DU:	150.00								
DATE FACTURE :	08/03/2023	EDITEE LE :	08/03/2023	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							