

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-441009



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

Maladie

Dentaire

Optique

14697 Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 05428

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN BOUHIA

Mohamed

Date de naissance :

30/05/1960

Adresse :

Centre de Santé Allal Ben Abdellah Opticien

Tél. :

06 61 61 81 89

Total des frais engagés : 244,03 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAMRANI Abdelghani
Médecin Urgentiste
Polyclinique CNSS-INAILA
Tel: 022.21.30.90 / 93

Date de consultation :

27/12/2019

Nom et prénom du malade :

BEN BOUHIA MOHAMED

Age :

34

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

CASMIRO AY

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 : Casablanca

Le : 20/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
27/04/91	Q1		140.89	INP : 06/01/2568 R1 Dr. LAMRANI Abdellahni Médecin Généraliste CHSS-INA 09/04/91

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Bouchra TAOUDI Coopérative des Pharmaciens de Casablanca Hay Inara 1000 Casablanca Tél: 05 22 21 64 09	27/12/19	103,21

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة ORDONNANCE

الإنارة II
INARA II

le 12/12/2021

Dr. LAMRANI Abdellah
Médecin Urgentiste
Polyclinique CNSS-INARA
Tél: 022.21.30.90 / 93

M. BENBOUTTA Moh

50,40

2 - Musfor, 80

LOT: M0174
PER: 12/2021
PPV: 50,40 DH

LOT 181039
EXP 02/2021
PPV 52,80 DH

52,00

S.V

1 R
M. J.

2 - Qods, 12

Cab

PHARMACIE ACH-CHARA
Dr. Fouzia TAOURIT
Coopérative Ach-Chara EDM
Hay Inara Hay Riad
Tél 0522 21 64 09

103,20

S.V

J
M. J.

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

N° IPP :	830295	N° SEJOUR :	190057691	FACTURE N°	1905017487	DATE D'ENTREE:	27/12/2019	DATE DE SORTIE:	27/12/2019
UF de présence:	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				140.87		0.00		0.00		140.87

Intervenant :	46071 DR LAMRANI ABDELGHANI	TOTAUX :	140.87						140.87
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
CENT QUARANTE DHS ET QUATRE-VINGT SEPT CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR:	
		RESTE DU:	140.87						
DATE FACTURE :	27/12/2019	EDITEE LE :	27/12/2019	PAR:	RAOUF	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 :	830295	N° SEJOUR :	190057691	FACTURE N° 1905017487				DATE D'ENTREE :	27/12/2019	DATE DE SORTIE :	27/12/2019	
ASSURE :								DESTINATAIRE :				
MALADE :	BEN BOUHIA, Mohamed				UF: 5002 URGENCES	BEN BOUHIA, Mohamed						
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. CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)		CN	1.00	120.00	120.00						0.00	120.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER		AMI	1.00	7.50	7.50						0.00	7.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES MIDAZOLAM 1 MG/ML SPASFON 1 AMP INJECT		M198 S026	1.00 1.00	7.87 3.50	7.87 3.50						0.00 0.00	7.87 3.50
FOURNITURES MEDICALES					2.00						0.00	2.00



Total à reporter

140.87

0.00

0.00

140.87