

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.

Reéducation :

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

Déclaration de Maladie

N° W19-482606

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **20628**

Matricule : **4724** Société : **FATIHA**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **GUEHA Abdellatif**

Date de naissance : **24/09/59**

Adresse : **0645555555**

Tél. : **248, 91** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **04 DEC 2019**

Nom et prénom du malade : **GUEHA Abdellatif**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **FFV. 2020**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **ACCUEIL**

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 : **S** / /

Signature de l'adhérent(e) : **S**

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant de la Famille des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
05/11/18	Melle. ZARIA KAMAL CAISSIERE AUXILIAIRE Polyclinique CNSS-INARA الإدارة II - INARA H			INF 09/12/16 05 Dr. MONTADAR Hassana Sec de Organes Technique CNSS Inara

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
05/11/19	111,40	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

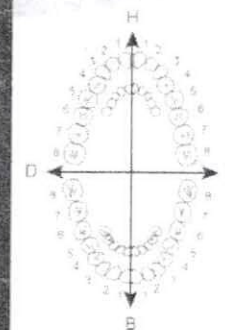
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

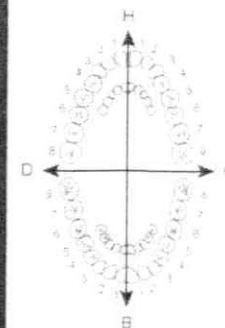
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant detaille des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25503412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
25503411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

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



الضمان الاجتماعي

+٥٥ ٢١ 30 90 0522

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE

مصلحة
POLYCLINIQUE

PHARMAS
LOT : 7719
UT.AV : 09-21
PPV: 36DH40

INARA II

2220
PPV: 22DH20
PER: 06/21
LOT: 11428



le 05/11/19
2

CAATAR NGAR

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ

LOT: 19015
PER: 09-2021
PPV: 52.80 DH

11 / 10 pred 520
36.00 360 e pns
cum 20 J

2 / 2000 520
22.20 ALA, 20 J

3 / 5280 520
52.80 5280 20 J

Archer 20 J

Boulevard Al Ouds, 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

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 : 824660		N° SEJOUR : 190049510		FACTURE N° 1905015190		DATE D'ENTREE : 05/11/2019		DATE DE SORTIE : 05/11/2019			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : LAAYAR,Najat					
MALADE : LAAYAR,Najat											
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 DE GENERALISTE		C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES SOLUMEDROL 40 MG INJECT		S019	3.00	16.09	48.27					0.00	48.27
FOURNITURES MEDICALES					9.24					0.00	9.24
Intervenant : 46138 DR MOUNTADAR HASSAN					TOTAUX :	137.51					137.51
Arrêtée la présente facture à la somme de :					PLAFOND PC :				ACOMPTE:		
CENT TRENTE SEPT DHS ET CINQUANTE ET UN CENTIMES					REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :		
					RESTE DU :	137.51					
DATE FACTURE : 05/11/2019					EDITEE LE : 05/11/2019	PAR: ZARIA	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						

