

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-580671

93041

73064

C A

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : SENBALI 93041 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SENBALI ABDELLAH ELIASY NERIEM

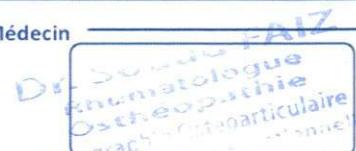
Date de naissance : 01/01/1941

Adresse : DERB EL HOURIA N°12 BLOC 202
Hay Hassani Casab

Tél. : 05 22 89 93 51 Total des frais engagés : 106,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/08/2021

Nom et prénom du malade : EL ITASY TARIK Age : 80

Lien de parenté : Lui-même Veuf Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cachexie LG

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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/08/2021

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-580671

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
28/05/2021	Consultation	1	141,00 Dhs	INP : 111111111111 Sous numérotation Ostéotomie Radiographie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CINEMA ANFA El Hanech - Casablanca Tél : 05 22 36 87 62	28/05/2021	756,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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.

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 111111111111
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows point to specific teeth: H points to upper 1, D points to lower				



وصفة

ORDONNANCE

الإنارة II
INARA II

le 28 - 05 - 24.

149,50 DH

UT074
02/2024

149,50 DH

UT074
02/2024

149,50 DH

UT074
02/2024

LOT : 200923

UT AV : 07/2024

PPV : 54,20 DH

LOT N° :

Orale
UT : MO454
PER : 01/2023
PPV : 139,00 DH



Cure fleg.

1 - 0 - 11 i 3 mn



Compte à 100 mg

1 - 0 - 11 i

ENB 50 20mg

14,1

756,70 1 gel 1
Rnis free 2

10 pp 1

Dr. Seoud FAI
Rhumatologue
Ostéopathe
Arthritique
Echographie

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn 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

(24)



N° IPP :	868351	N° SEJOUR :	210015674	FACTURE N° 2102005762			DATE D'ENTREE : 28/05/2021		DATE DE SORTIE : 28/05/2021	
ASSURE :							DESTINATAIRE :			
MALADE : EL HADY,Meriem				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI			EL HADY,Meriem			
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 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 DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
Intervenant : 46048 DR FAIZ SOUAD RHUMATOLOGIE				TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :					PLAFOND PC :					ACOMPTE:
CENT CINQUANTE DHS					REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :
					RESTE DU:	0.00				
DATE FACTURE : 28/05/2021 EDITEE LE : 28/05/2021 PAR: LAKHDA					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					