

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-608702

73036

CA

Optique

A

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 013041 Société : RAY

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : SENAAL Abdellatif El HADY Tariq

Date de naissance : 01/01/1941

Adresse : DERR EL HOUELIA N°12 86C 2021

Tél. : 0522 89 9351 Total des frais engagés : 409,90

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23 04 21 Nom et prénom du malade : EL HADY Merouane Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie : ACCUEIL N BON

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie a un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur mon honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 29/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-608702

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
23/04/2021	Chirurgie	150,00	INP : 1111111111111111	Signature du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CINEMA 1000 - BIS 05 22 34 08	23.04.2021	259,90

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

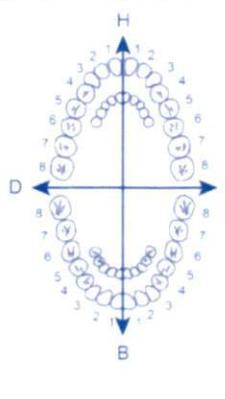
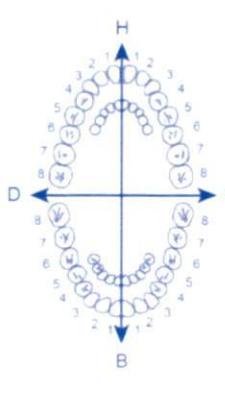
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1111111111111111															
 O.D.F PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) <p>Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p> 					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
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'EXE

وصفة

ORDONNANCE



الإنارة II
INARA II

le 23.04.21

El Hady Mezouen.

~~37.70 x 3~~ 10 | ~~Deps med 80 mg n° ③~~

1 jij | 1 m | 3 jij

and més

36.40

~~28.80 x 2~~

2/

~~PHARMACIE CINEMA AND DR. HABIB CASABLANCA~~
~~141, BIS Bd Hassan II - Casablanca~~
~~Tel.: 0522 36 87 62~~
n° ①

2 cp | i

Vitamin L Fort n° ②

1 - 0 - 11

30 | p no fast 20 mg

52.80 1 gdlj

SV

PPV: 52DH80
PER: 08/21
LOT: H2670-2

259.00

Dr. Smaïl RAÏL
Rhumatologie
Ostéopathie
Echographie
PHARMACIE CINEMA ANFA
Dr. Nasser DRAÏEB
11, Bis Lalla Meryem
Hay El Had - Casablanca
Tél: 05 22 36 87 62



PHARMACIE LOT : 2703
UT.AV: 08-23
PPV : 36DH40



POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

d El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA

tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06

DV : 0522-50-45-13

NPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 868351 N° SEJOUR : 210011787

FACTURE N° 2102004487

DATE D'ENTREE : 23/04/2021 DATE DE SORTIE : 23/04/2021

ASSURE :

MALADE : EL HADY,Meriem

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

EL HADY,Meriem

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 :

CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC : ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE : 150.00 AVOIR :

RESTE DU: 0.00

DATE FACTURE : 23/04/2021 EDITEE LE : 28/05/2021 PAR: LAKHDA

ACCIDENT DE TRAVAIL : DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

LAKHDAR Saïfa
Caissière Auxiliaire
Polyclinique CAISS-INARA

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