

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 canalaire, 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 canalaire.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-631782

77588

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4203 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : GENRALI JOHANNES
Date de naissance : 12/05/1962
Adresse : N°12 Bloc 202 DEBB EL HOURIA Hay Hassan
Tél. : 0661.42.03.58 Total des frais engagés : 688,76 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : JANA NAJAT Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Gonarthrose au genou
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 : 09/07/2021
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
18/6/21	K12	341	24.163	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> INP : FAIZ </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie CINEMA ANFA</p> <p>Naor</p> <p>Bis Bd. El Hana</p> <p>Tel. 05 22 36 87 62</p>	25.6.21	442,20

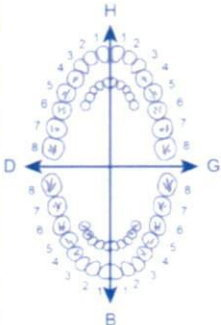
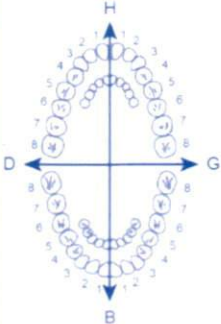
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>(Creation, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الإجتماعي

CNSS
Le devoir de vous protéger



الإنارة II

INARA II

وصفة

ORDONNANCE

le 25-06-21

7⁶ JNAi di NAJAT

54.20 10 | Centre 200mg N=10

149.542 201. FLEHMAA.

PHARMACIE CINEMA ANEA

Dr. Naouel B. NTAYER

141, Bis Bd. S. 1000
Hoy. F. 1000

Hay El Harfa - Casablanca

Tel. 05 22 36 87 62

950

3a/ Bio freeze Khol.

1 opp |; kon.

447.20
Dr. Souad FAIZ
Omnatologue
Ostéopathe
Omnatologue
Omnatologue
Boulevard Al Oud

Boulevard Al Oods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

Tel.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

5 des
aux
acaps
local
raro
cible
Las
sort
cible
raro
6 118002 050023
ING Roll-On
py CE
PPC: 95.00 Dhs

CARTREX® 100mg
20 comprimés pelliculés



6 118000 082736

LOT : 200922
UT AV : 07/2024
PPV : 54,20DH
:0N101

LOT: 2104002
FAB: 04/2021
EXP: 04/2024
PVC: 149.00DH



6 111261 530022

LOT: 2104002
FAB: 04/2021
EXP: 04/2024
PVC: 149.00DH



6 111261 530022



الضمان الاجتماعي

+o|X|O|+ +o|o|X|+

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



الإدارة II

INARA II

le 18.06.21

M. JNAÏR NAJAT

Infiltration genou de.

K₁₀

24/5^h

Dr. SOUAD FAIK
Rhumatologue
Ostéopathe
Echographie Ostéoarticulaire
Rhumatologie, 4101, Avenue de la Liberté

C.N.S.S - INARA
 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



193

N° IPP : 873351	N° SEJOUR : 210018421	FACTURE N° 2102006740		DATE D'ENTREE : 18/06/2021	DATE DE SORTIE : 18/06/2021
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : JNAIDI,Najat	
MALADE : JNAIDI,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		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
AUTRES ACTES COTES EN K										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
FOURNITURES MEDICALES				16.56					0.00	16.56

Intervenant : 46048 DR FAIZ SOUAD RHUMATOLOGIE	TOTAUX :	241.56					241.56
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
DEUX CENT QUARANTE ET UN DHS ET CINQUANTE SIX CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
		RESTE DU:	241.56				
DATE FACTURE : 18/06/2021	EDITEE LE 18/06/2021	PAR: SARA	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				

