

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0051349

83922

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3294

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJEM AHMED

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : HAY LAAL ou Rue 16 n° 8 C.D

CASABLANCA

Tél. : 06 3209874

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHERATE NAJAT

Age : 61 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : 02/09/2024

Signature de l'adhérent(e) :

*[Handwritten signature]*







الضمان الاجتماعي

+oIIO8+ +oIoC8I+

CNSS

Le devoir de vous protéger

# وصفة ORDONNANCE

مصلحة  
POLYCLINIQUE



الإدارة II

INARA II

le 21/01/2021

M. CHERATE Najat,

89

1) lixifon



2) spaser



3) par3lj

Lot/À coi de préférer X1010 1224 DEC 217MA  
LOT PER  
Prix 89.50

TESSERIA  
ulano jamila 6  
0522556999

27,50

Dr. AMEL Khadja  
Médecin



PP : 880049		N° SEJOUR : 210027214		FACTURE N° 2105008124		DATE D'ENTREE : 02/09/2021		DATE DE SORTIE : 02/09/2021			
SURE :						DESTINATAIRE :  CHERATE,Najat					
MALADE : CHERATE,Najat											
DOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
		CLE	x COEF	UNITAIRE		% / 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	1.50	7.50	11.25					0.00	11.25
PRODUITS PHARMACEUTIQUES											
CLOPRAME 1 AMPOULE INJECTABLE GM		C144	1.00	1.48	1.48					0.00	1.48
SPASFON 1 AMP INJECT		S026	1.00	3.21	3.21					0.00	3.21
FOURNITURES MEDICALES					1.86					0.00	1.86

Total à reporter

137.80

0.00

0.00

137.80



N° IPP : 880049		N° SEJOUR : 210027214		FACTURE N° 2105008124		DATE D'ENTREE: 02/09/2021		DATE DE SORTIE: 02/09/2021	
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				137.80		0.00		0.00		137.80

  

Intervenant : M0300004 DR ARMIL KHADIJA GENERALISTE				TOTAUX :		137.80					137.80
---	--	--	--	----------	--	--------	--	--	--	--	--------

  

Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT TRENTE SEPT DHS ET QUATRE-VINGT CENTIMES	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :		0.00	REGLE :		137.80	AVOIR :	
	RESTE DU:		0.00					

  

DATE FACTURE : 02/09/2021	EDITEE LE : 02/09/2021	PAR: LAKHDI	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		