

## 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 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

- Reclamation : [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° W21-691704

128209

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1620

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom :

SELLANI

FATOUHA

Date de naissance :

1950

Adresse :

Rue 5 n° 42 Immeuble 2 case

Tél. :

0665251552

Total des frais engagés :

216,58

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Said RAMI  
Polyclinique CNSS INARA  
Service des Urgences

Date de consultation :

30/07/2022

Nom et prénom du malade :

FATOUHA Sellani

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

HTA + Vaso-mé

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 :

Casa

Le :

05/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



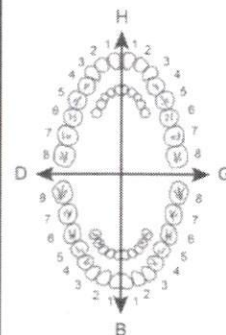
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30				INF : 091 118703
7			451,78	Dr Saïd RAMI
9.2				Polyclinique CNSS INARA
				Service des Urgences

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE HAIFA</b> Ediar El Jadida Rue 25-N° 122 Ain Chock - Casablanca	30/17/2024	75,80 <b>PHARMACIE HAIFA</b> Ediar El Jadida Rue 25-N° 122 Ain Chock - Casablanca <b>I.N.P.E: 092103399</b>

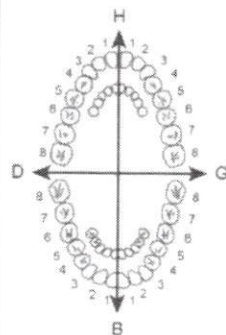
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



	H	
	25633412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





مصحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

# وصفة ORDONNANCE

PHARMACIE HAIFA  
Ediar El Jadida Rue 25 N° 122  
Ain Chock - Casablanca

le 30/7/22

Sellami Fatima

32.80

Peridys

20100

opra 20 (7)

22.00 7 jul

Cedol

1-1-1



= 74.80

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca

Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06



6 118000 011248



PERIDYS 10MG  
CP PELL B20



32,80



22,00



6 118000 180913



Cédor  
20 Comprimés



LOT: M0719  
PER: 02/2024  
PPV: 20.0804



OPRA 20 mg  
7 Gélules



Deva Pharmaceutique



6 118000 410270



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 : 890081	N° SEJOUR : 220029674	<b>FACTURE N° 2205008985</b>	DATE D'ENTREE : 30/07/2022	DATE DE SORTIE : 30/07/2022
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :	DESTINATAIRE : <b>SELLAMI, Fatouma</b>	
MALADE : SELLAMI, Fatouma				
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
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES										
CLOPRAME 1 AMPOULE INJECTABLE GM	C144	1.00	1.48	1.48					0.00	1.48
NICARDIPINE AGUETTANT 10MG/10ML	N104	1.00	9.61	9.61					0.00	9.61
FOURNITURES MEDICALES				10.69					0.00	10.69

Intervenant : 46145 DR RAMI SAID	TOTAUX :	141.78					141.78
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT QUARANTE ET UN DHS ET SOIXANTE DIX-HUIT CENTIMES		PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	141.78	AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00				
DATE FACTURE : 30/07/2022	EDITEE LE : 30/07/2022	PAR: HAFID	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		