

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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W21-803131

106 898

par *Wahid*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3432 Société : D.A.M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AALA ABDELHAQ

Date de naissance : 15-11-1953

Adresse : A. SOU MASSIRA III
HARRAIG CH

Tél : 0661 535857 Total des frais engagés : 275,99 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-213/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 JUL 2019

Nom et prénom du malade : NIAR MALIKA Age : 62

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : CH + HTA

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 : Marrakech

Le : 22/05/2019

Signature de l'adhérent(e) : *Wahid*

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
22/05/2023	Cu Furgis		245,99	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANT DES SOINS [] JUSQU' A [] EN DENTITION []
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35333411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []	MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Le: 22/05/2023

M. Wiam Melke

M. Rehan Zarg (11/8)

M. H.

M. I. H.

DR. KHATIB NABIL
MEDECIN GENERALISTE
VACATAIRE
INPE: 021076262
POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

POLYCLINIQUE CNSS - MARRAKECH

Route de Targa

40000 MARRAKECH

Tél: 0524-34-70-51/73 Fax: 0524-34-42-65

INPE: 070001466 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 259127

N° SEJOUR : 230014053

FACTURE N° 2305004047

DATE D'ENTREE : 22/05/2023

DATE DE SORTIE : 22/05/2023

ASSURE :

MALADE : ~~MAR~~ Malika

NOM JEUNE FILLE

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

~~MAR~~ Malika

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
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE										
Oxygénothérapie par demie heure	FURG15	1.00	100.00	100.00					0.00	100.00
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										
ACTE PRATIQUE PAR L'INFIRMIER(ERE)	AMI	5.00	7.50	37.50					0.00	37.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				12.64					0.00	12.64
FOURNITURES MEDICALES				5.85					0.00	5.85



Total à reporter

275.99

0.00

0.00

275.99

N° IPP : 259127	N° SEJOUR : 230014053	FACTURE N° 2305004047	DATE D'ENTREE : 22/05/2023	DATE DE SORTIE : 22/05/2023
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				275.99		0.00		0.00		275.99

Intervenant : M1300036 DR. KHATIB NABIL (GENERALISTE)	TOTAUX :	275.99					275.99
---	----------	--------	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENT SOIXANTE QUINZE DHS ET QUATRE-VINGT DIX-NEUF CENTIMES

PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
RESTE DU:	275.99				

DATE FACTURE : 22/05/2023	EDITEE LE : 22/05/2023	PAR: KENZA
---------------------------	------------------------	------------

VISA



<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>	
N° DE POLICE :	DATE AT :
Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE CNSS - MARRAKECH
BANQUE :	BMCE - MARRAKECH MENARA
N° compte bancaire :	011 450 0000 12 210 00 60620 67

Note confidentielle
A l'usage du médecin traitant

Nom et prénom de l'assuré (e) :

Numéro d'immatriculation:

1/1/1/1/1/1/1/1/1/1

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que

l'assuré(e)) :

Date de naissance du bénéficiaire :

1/1/1/1/1/1/1/1/1/1

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à barres* 1

1/1/1/1/1/1/1/1/1/1

Date de la consultation:

22/10/2003

Diagnostic et motif des soins :

CH - CIA

Antécédents et facteurs de risque :

Examen clinique à l'admission :

Résultats des bilans para cliniques :

Libellé et nature des soins :

Kno

Durée prévisible des soins

Date de début

Date de fin

1/1/1/1/1/1/1/1/1/1

1/1/1/1/1/1/1/1/1/1

Fait à :

Le: 22/10/2003

Signature et cachet du médecin traitant

*Accoler l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

Adresse OG :

Tél. :

Fax :