

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

- Réclamation : 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

M23-000081

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07616

Société : RAN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TARA MUSTAPHA

Date de naissance : 01/01/1982

Adresse : 05 07 56

Tél. : 0661415930 Total des frais engagés : -250- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/11/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Froid de l'oreille

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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.

Le : 30/11/2023

Autorisation CNDP N° : AA-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
09/11/23	Cy		21500	

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
	09/11/23	Cy	21500

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

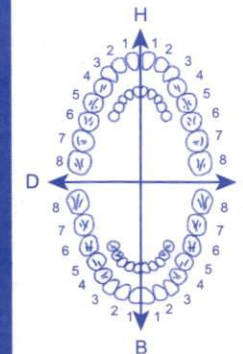
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

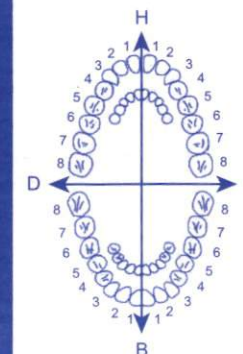
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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'EXECUTION

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 :	982553	N° SEJOUR :	230048716	FACTURE N° 2305014787		DATE D'ENTREE : 09/11/2023		DATE DE SORTIE : 09/11/2023			
ASSURE :						DESTINATAIRE :					
MALADE : WAKRIM, Malika				UF: 5002 URGENCES		WAKRIM, Malika					
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :		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 DE GENERALISTE		C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00

Intervenant : 10262 DR RAFAI LATIFA (MEDECINE GENERALE)	TOTAUX :	80.00						80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	80.00		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 09/11/2023	EDITEE LE : 09/11/2023	PAR: HAFID	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				



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 : 982553		N° SEJOUR : 230048706		FACTURE N° 2303018933		DATE D'ENTREE : 09/11/2023		DATE DE SORTIE : 09/11/2023					
ASSURE :				DESTINATAIRE : WAKRIM, Malika									
MALADE : WAKRIM, Malika		UF: 5003 RADIOLOGIE											
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :											
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :											
TIERS PAYANT 2 :													
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT			
ACTES DE RADIOLOGIE ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	17.00	10.00	170.00					0.00	170.00		
Intervenant : 46082 DR BENNANI WAFAA				TOTAUX :		170.00				170.00			
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DIX DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:			
				REMISE :		0.00		REGLE :		170.00		AVOIR :	
				RESTE DU:		0.00							
DATE FACTURE : 09/11/2023				EDITEE LE : 09/11/2023		PAR: HAFID		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					



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 09/11/23

NOM & PRENOM : WAKRIM MALIKA
MEDCIN TRAITANT :
EXAMEN : RX EPAULE DROIT

- Fracture du 1/3 externe de la clavicule droite.
DR

Dr. Ouafae KCHIOUCHA
Médecin Radiologue
Polyclinique CNSS-INARA
I.N.P.E. 091036269