

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

- 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

M22- 0027915

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

194024
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1872

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RHIANA NAJIA (veuve Lahman)

Date de naissance :

20/04/1958

Adresse :

HAY Laâoui, Rue 16, N° 8 CD Casablanca

Tél. : 0625821544

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

NAJIA

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pathologie

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.

Fait à : Casablanca

Le : 09/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : NAJIA RHANIA

RELEVE 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
03/01/2024	09	1300	1300	URGENT

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 TOULOUSE PHARMACIA Docteur en Pharmacie	05/01/2024	41,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient																					
CŒFFICIENT DES TRAVAUX 																									
	MONTANTS DES SOINS		 																						
			 																						
			 																						
			 																						
			 																						
DEBUT D'EXECUTION 																									
FIN D'EXECUTION 																									
	DETÉRMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </table>					H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000		00000000		00000000		00000000		35533411		11433553	
	H		G																						
	25533412	00000000	21433552	00000000																					
	00000000		00000000																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	CŒFFICIENT 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																									

وصفة

ORDONNANCE

le 10.01.24

Najia Benamini

D'Abdelouahed EL HAJE
Médecin Général et d'Urgence
El Marocain 1 Laboratoire
Casablanca



19,50
drifjain 1 80

19,50

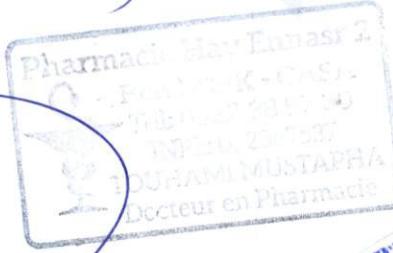
21,50
mrigulqne 1 80 31

19,50

Nasr 1 400

19,50

T=41,00



19,50

PPV:21DH50
PER:10/25
LOT:M3559



090001520

N° IPP : 990386 N° SEJOUR : 240001013

FACTURE N° 2405000323

DATE D'ENTREE : 05/01/2024 DATE DE SORTIE : 05/01/2024

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : RHANIMI,Najia

RHANIMI,Najia

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

UF: 5002 URGENCES

TIERS PAYANT 2 :

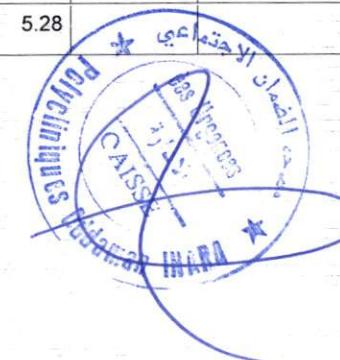
N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

REF. PC 1 :

N° SE. SOC. ETRANG. :

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
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	0.20	7.50	1.50					0.00	1.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES										
PARACETAMOL 10MG/ML PERF	P281	1.00	12.84	12.84					0.00	12.84
FOURNITURES MEDICALES				5.28					0.00	5.28



Total à reporter

139.62

0.00

0.00

139.62

N° IPP : 990386	N° SEJOUR : 240001013	FACTURE N° 2405000323				DATE D'ENTREE: 05/01/2024	DATE DE SORTIE: 05/01/2024
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				139.62		0.00		0.00		139.62

Intervenant : 10262 DR RAFAI LATIFA (MEDECINE GENERALE)	TOTAUX :	139.62							139.62
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
CENT TRENTÉ NEUF DHS ET SOIXANTE DEUX CENTIMES	REMISE :	139.62	0.00	REGLE :	139.62			AVOIR:	
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 05/01/2024	EDITEE LE : 05/01/2024	PAR: HAJAR	ACCIDENT DE TRAVAIL					DATE AT :	
VISA			N° DE POLICE						
			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					