

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0005805

138001

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01859 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AMIR DAD
Date de naissance : 01/01/1949
Adresse : Rue G. n° 62 lot AT TADASTOUNE
EULFA - CASA
Tél : 05 63 66 84 10 Total des frais engagés : #792 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : 16/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

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

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 Praticien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

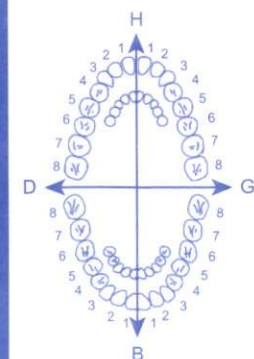
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
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

...).
...).
...).

de la personne soignée
par les praticiens eux mêmes
e soins.

transmises doivent être
s codes à barres des
ss.

is ainsi que les pièces
it être présentées à la CNSS
qui suivent le premier acte
y a un traitement médical
nier cas, le dossier doit être
ixante (60) jours qui suivent

nt des frais engagés sera
de la tarification nationale de

is ne peuvent donner lieu au
suite à un accord préalable.
ères est disponible auprès de

ux accidents du travail et
nelles ne sont pas couverts.

pable de fraude ou de fausse
tenir des prestations qui ne
assible dès sanctions légales

mboursement prise par la
née au respect des conditions
ce qui précède.

et signature de l'Agence

gent :

r: _ _ _ _ _

Date d'arrivée : _ _ _ _ _

Date d'arrivée : _ _ _ _ _

وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين
على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية
المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول
عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة،
يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.
لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير
قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات
غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Date d'arrivée : _ _ _ _ _

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BETTACH SOUAD

N° Immatriculation : 1171215127121

N° CIN : 15142170144

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : ☐ Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : LOT FADAMONE Rue 6 N°62 el Ouffa - CASABLANCA

Montant des frais : 792,40 Dhs.

Nombre de pièces jointes : 2

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins : BETTACH SOUAD

Nom et prénom : BETTACH SOUAD

Date de naissance : 25/11/1953

N° CIN : 15142170144

Sexe * : ☐ M ☒ F

INPE et code à barres **

Médecin traitant : IKP:1081137077
Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية

Type de soins : ☐ Admission ALD * ☐ Oui ☐ Non

N° dossier ALD : 1171215127121

Code ALD : 1171215127121

Maladie * ☐ ☐ * مرض ☐ * Hospitalisation * ☐ * استشفاء

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : CASABLANCA

Le : 26/10/2012

Signature de l'assuré (e) : Bettach

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case
** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.
080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف - الدار البيضاء المحطة - 2186 Casablanca B.P. : 2186 Casablanca Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVÉ DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : 610-2-06 : REF

Référence structurée : 221022549881668

Emis à Casablanca le :

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

BETTACH SOUAD
LOT ATTADAMOUNE RUE 6 N[62 ELOULFA
CASABLANCA 2000

N° d'immatriculation : 172252712

Règlement du mois : 10/2022

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de rembour sement	نسبة التعويض Taux de rembour sement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
BETTACH SOUAD										
109935921	23/09/2022	CSC	MR SOULAMI SAAD	400,00	250,00	1,00	1,00	250,00	77	192,50
109935921	23/09/2022	PH	PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM	392,00	392,40	1,00	1,00	392,40	77	301,84
Total remboursé pour SOUAD										494,34
Total général remboursé										494,34

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur, Holter

دكتور سعد السلمي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient: Bettach

Casablanca, le 23 SEP. 2022

6/4x6

Snail

Tenore - 75

1/2 y sub

1/2 y son

Six (06) ms

392.4008

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Siham GUERRAOT
Docteur en Pharmacie
4, Résidence Annaïm - Oulfa
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

356, زنتة مكناس المعاني (قرب زنتة أكادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maani (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail: cabinetoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence: 06 65 14 69 96

CNSS: 2700608 - IF: 41802254 - ICE: 001755076000067 - IPN: 091130922