

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° W21-784400

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8077 Société : 146682

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HANATI BISSAM

Date de naissance :

Adresse : 1211 BAYROUNI - Rue El Hadj JAHIR BOUSSELY

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ABATAT RAOUANE Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le : 26 / 01 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة
Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم 610-1-03

Ref: ANAM 1.2.02.01

N° Dossier:

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom: **ABATAL RADOJANE** : الاسم العائلي والشخصي

N° Immatriculation: **110473031** : رقم التسجيل

N° CIN: **110473031** : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

Adresse: **10, 11 logements BAYROUNI - Rue Elmoj SAKR** : العنوان

Montant des frais: **درهم** : مبلغ المصاريف

Nombre de pièces jointes: **.....** : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins **ABATAL Radojane** : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom: **ABATAL Radojane** : الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance: **.....** : تاريخ الإزدياد

N° CIN: **.....** : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe *: **M** ذكر **F** أنثى : الجنس

INPE et code à barres *: **091120393** : الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر

Médecin traitant **.....** : الطبيب المعالج

Etablissement de soins **.....** : المؤسسة العلاجية

Type de soins **.....** : نوع العلاجات

Admission ALD *: **Oui** ☐ **Non** ☐ : قبول المرض المزمن *

N° dossier ALD: **12053189** : رقم ملف المرض المزمن

Code ALD: **.....** : رمز المرض المزمن

Maladie* ☐ مرض

Hospitalisation* ☐ استشفاء

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. : أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à: **.....** : ب : Je déclare les informations ci-dessus sincères et véridiques. : أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Le: **.....** : في : Fait à: **.....** : ب : Le: **.....** : في :

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré (e)

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

* اشطب الفقرة المناسبة

** 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 - دار المؤمن - مساحة دافار - الدار البيضاء ص. ب. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

DÉTAIL AMO

x

Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
89175503	1387.62	Dossier archivé	08/11/2022		Virement assuré

Fermer

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE

NUTRITIONNISTE

Ex. Enseignante à la Faculté de

Médecine de Casablanca

Sur Rendez-vous

Dr. Zineb Slaoui Diouri

38, Rue Abou Abass El Azfi M. J. 10 - Casa
Tél: 0522 99 07 10 - GSM: 0622 92 10 70
ICE: 00168816600012



الدكتورة زينب السلاوي الديوري

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

بالموعد

Casablanca, le : 21/11/2022 في الدار البيضاء،

437,00 (3)

13M,00

17R

ALBATAL

RASSOUME

Manumet 50/8000

2 cp matin

2 cp soir

au milieu

du repas

113,70 (3)

341,10

Rauciphex 20

2 cp matin jeun

3 mois

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa
Tél: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75
INPE: 051130360 - ICE: 001697433000063

PHARMACIE LA BRISE
Dr. EL ASSI Nadjia
38, Rue Abou Abass El Azfi M. J. 10 - Casa
Tél: 0522 99 07 10 - GSM: 0622 92 10 70
ICE: 001688166000012

15 1652,10

40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, 3^{ème} étage - Quartier des Hôpitaux (en face du pavillon 28) - CASABLANCA

Tél.: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75 - E-mail : zinebslaoudiouri@gmail.com - ICE : 001697433000063

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.



Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.



Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

