

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-784404

146685

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8077

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

LIANAË

BTISSAM

Date de naissance :

Adresse :

LOTI BAYROUNI - Rue Ibnou Tahir - Boujda

Tél. :

0661210764

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

ABATIL RADOUANE

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 :

25 / 01 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : [][] . [][][]

[illegible]

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	

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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DÉTAIL AMO

X

Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
89368094	754,6	Payé	06/12/2022		Virement assuré

Fermer

<p>الضمان الاجتماعي CNS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>Ref : ANAM 1.2.02.01</p>
	<p>* موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>* تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>	<p>رجع رقم 610-1-03</p>	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ABATIL RADOVANE : الاسم العائلي والشخصي

N° Immatriculation : 1110473031 : رقم التسجيل

N° CIN : 1205122 : 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 : LOT 11 BAYROUNI - RUE Ibnou Tahir - Beaufort : العنوان

Montant des frais : درهم : مبلغ المصاريف

Nombre de pièces jointes : : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins ABATIL RADOVANE : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ABATIL RADOVANE : الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : 11/11/1993 : تاريخ الميلاد

N° CIN : 1110473031 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe * : M ذكر F أنثى : الجنس

INPE et code à barres **

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **

Médecin traitant : Dr. Abatil : الطبيب المعالج

Etablissement de soins : : المؤسسة العلاجية

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD * : Oui : قبول المرض المزمن *

N° dossier ALD : 1205122 : 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

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : : ب :
Le : : في :

Fait à : : ب :
Le : : في :

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré (e)

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

* Cocher la mention utile pour chaque case

* أنشط الخانة 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
2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف
Maison de l'Assuré - Place de AKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

[illegible][illegible]

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE

Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca
Sur Rendez-vous



الدكتورة زينب السلاوي الديوري

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري
أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

بالموعد

Casablanca, le : 21.11.2022 : الدار البيضاء، في :

MR Redouche ABATAL

130,00

Lectem de Glycémie

" Accucheck Instant "

140,00 x 5

Bandelettes

980,00

10 Boites de 25

ORLIMEDIS NEGOCIE
Agence 20 Aout
N° 22 Bis, Angle Rue de la Plage - Casablanca
Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75

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 : 001130003 - ICE : 001697433000063

ORLIMEDIS NEGOCE

Facture N° : FC2206334

M ABATAL REDOUANE

CAISSE 28-03-22

Date	CLIENT	PAGE
05/11/22	34210475	1

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
CAISSE 28-03-22	20AOUT	NONE	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U TTC	Mt TTC
07819307078	1	GLUCOMETRE ACCU-CHEK INSTANT	20%	130,00	130,00
07819382078	1	BANDELETTE ACCU-CHEK INSTANT 50	20%	170,00	170,00
07819382078	4	BANDELETTE ACCU-CHEK INSTANT 50	20%	170,00	680,00

ORLIMEDIS NEGOCE SARI
Agence 20 Aout
N° 22 bis, Angle Rue Lahcen El Arjoun
et Rue de la Place - Casablanca
Tél

Exemplaire provisoire

MT HT	TVA	MT TVA
816,67	20%	163,33

Total HT	Mt TVA	Total TTC
816,67	163,33	980,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:
980,00

DHs

ORLIMEDIS NEGOCE au Capital de 100 000 DH-Siège 22 Bis, Rue Lahcen El Arjoun, Casablanca
Tél : 05 22 20 39 39- 05 22 20 65 65- 05 22 27 35 06 Fax : 05 22 27 37 09- Email : contactorlimedisnegoce.com
RC : 383759- C.N.S.S : 5643128-Taxe Professionnelle : 36339321-I.F : 24849341-ICE : 001928097000020
RIB : CREDIT AGRICOLE -225 780 067 700 787 651 010 288-