

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 rééducation.
- 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

- 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 - Quart Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

COMPLÉMENTAIRE

Déclaration de Maladie

N° W19-562596



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

19/006

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01391 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SOUALY Mohamed
 Date de naissance : 01-01-1952
 Adresse : Jnane californie, Saphir 4, Apt 18
 Ain chock Casablanca
 Tél. : 0701132064 Total des frais engagés : 409.50 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 :

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 : 14 / 02 / 2024

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

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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

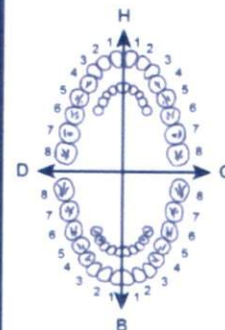
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

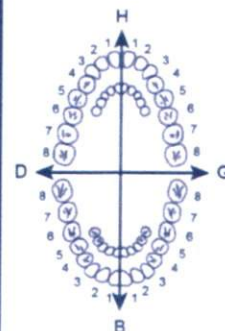
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

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

 الصندوق الاجتماعي للتأمين CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06	
	Relevé périodique des prestations AMO			
Emis à : CASABLANCA Le : 06/02/2024		أصدر ب : بتاريخ :		الصفحة Page 1 / 1
N° d'immatriculation 183619729 Règlements de la période du : 06/02/2024 au : 06/02/2024		رقم التسجيل أداءات الفترة Destinataire ZIATT AMINA		

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	سجل التعويض
Numero de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la depense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant rembour-
ZIATT AMINA											
148417252	02/01/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES	409,80	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	06/02/2024	315,55
Total remboursé				مجموع مبلغ التعويض							315,55
Total général remboursé				مبلغ التعويض الاجمالي							315,55

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

للحريز من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمخبر الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال المو للصمان على الأرقام

06 59911671

 Le devoir du tout-petit	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي بوجاهة Direction de l'Assurance Maladie Oujda	مرجع رقم 610-1-02 Réf. 610-1-02	رقم ANAM : 12.01.01
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution			

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

Partie réservée à l'assuré(e)

 الاسم العائلي والشخصي : **Ziatt Amina**
 رقم التسجيل :

 N° Immatriculation : **183619729**
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B-229963**

N° CIN :
 علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)

 العنوان : **Mme Fatima Saphir**
 Conjoint ☐ ابن ☐

 مبلغ المصاريف : **40950 Dhs.**
 عدد الوثائق المرفقة :

 Number of pieces jointes : **2**

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات :

 الاسم العائلي والشخصي : **Ziatt Amina**

 تاريخ الميلاد : **22-04-1957**

 رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B-229963**

 الجنس : ☒ أنثى ☐ ذكر

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المحفوظ :

INPE et code à Barres :

 Médecin traitant : **Dr. CHAHIDI Naima**
 Etablissement de soins : **المؤسسة العلاجية**

نوع العلاجات :

Type de soins :

 Hospitalisation ☐ إستشفاء ☒ Maternité ☒ أمومة ☐ Accident ☐ حادثة ☐ Maladie ☐ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus :

 Fait à : **CASABLANCA**

 Le : **22-04-2024**

توقيع المؤمن له :

Signature de l'assuré(e) :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

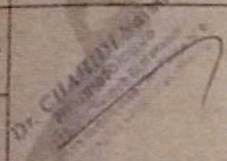
 Fait à : **CMS**

 Le : **22-04-2024**

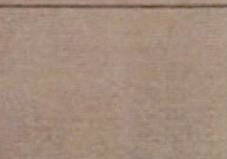
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية :

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

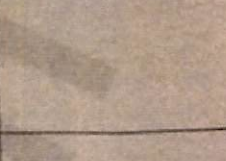
- * أخطب الحالة المناسبة
- Cocher la mention utile pour chaque case
- Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres
- 080 203 3333 : الهاتف - 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333
- CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

Description des actes effectués				وصف العمليات المنجزة	
تاريخ العملية Date des actes	رقم العملية Code des actes	معامل العملية Lettre clé + cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
2024/01/01	001		001 001 001		
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

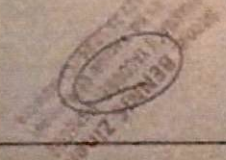
CIM - 10

Actes Paramédicaux					عمليات المصاحمون الطبيين	
تاريخ التنفيذ Date des actes	رقم العملية Code des actes	معامل العملية Lettre clé + cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المصاحم الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
						
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 / Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء الأشعة والصور	
تاريخ العملية Date des actes	رقم العملية Code des actes	معامل العملية Lettre clé + cotation NGAP / NAISM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

جزء الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المدونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو موفر التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
2024/01/01	409,10	
INPE et code à Barres		
INPE et code à Barres		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Dr. Chahidi Naima

RHUMATOLOGUE

Spécialiste des maladies des os, articulations
et colonne vertébrale

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris

Pathologies rachidiennes (Paris)

Maladies rhumatismales (Lille)

Biothérapie

Détachement



الدكتورة نعيمة شهيدى

أخصائية في جراحة العظام

و المفاصل و الروماتيزم

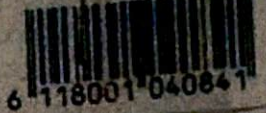
طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس

أمراض الممعد القفص (باريس)

أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)

العلاج بالأدوية البيولوجية

مشاهدة العظام



Casablanca le : 02/01/2012

7) rue de l'ATP Annuaire

136,50

X3

Alue 2 sup

0-0-1 x rj

pi 1-0-1 x rj

qi 1-1-1 x rj

pi 2-0-2 x rj

409,50

84445
200124
dmax

Pharmacie H. Yacoub El Mansour
173, Bd Yacoub El Mansour
Casablanca
Tél: 05 22 95 14 38 / 06 66 71 75 15

Dr. CHAHIDI Naima
Rhumatologue
173, Bd Yacoub El Mansour
Espace Andalouse, 1er étage N°6
Tél: 05 22 95 14 38

173, شارع يعقوب المنصور، قضاء الأندلس، الطابق الأول رقم 6 - المعاريف - الدار البيضاء

173, Boulevard Yacoub El Mansour, Espace Andalouse, 1er étage, N°6 - Maarif - Casablanca

Tel : 05 22 95 14 38 / 06 66 71 75 15 / E-mail : chahidirhumatologie@gmail.com

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع : Date d'arrivée : تاريخ الاستلام :