

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-500852

ND: 34075

Complémentaire

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1391 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bouady Mohamed

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : 10 rue Galilée Saphir 4
9018 2ème étage Anethook PASA

Tél. : 0621911215 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Ziatt Amina

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06
	Référence structurée : 200595642787594	Emis à Casablanca le : 26/05/2020	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة ZIATT AMINA JNAN CALIFORNIE IMM SAPHIR 4 ETG 3 APPT 18 AIN CHOCK CASABLANCA 2000		
Informations :			
معلومات :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنير الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
ZIATT AMINA										
070817891	30/03/2020	CG	ETABLISSEMENT PRIVE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
070817891	30/03/2020	PH	PHARMACIE	932,10	432,70	1,00	1,00	432,70	77	333,18
070817889	11/05/2020	CG	ETABLISSEMENT PRIVE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
070817889	11/05/2020	PH	PHARMACIE	432,70	432,70	1,00	1,00	432,70	77	333,18
Total remboursé pour AMINA										666,36
Total général remboursé										666,36

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



صحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiolgique Casa-Oasis
Radiologie Vasculaire Interventive
Radiologie Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

Casablanca, le 30 Mars 2020

Mme ZIATT Amina

SYNTHESIS
ATTACAND



1827-63
- ATTACAND 8 mg 1cp/j

SYNTHESIS
ATTACAND



4962
- D-Cur Fort 1amp/mois

SYNTHESIS
ATTACAND



43277-6

Traitement de 3 mois

Dr. Mohamed ALLAOUJ
Cardiologue
20 Rue France Ville - Oasis
Casablanca - Tél: 0522 98 07 06

NPI et code à barres


NPE et code à Barres

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

Nature de la prestation	Montant	Date
...

Prix Unitaire

Quantite

 <p>الهيئة الوطنية للضمان الاجتماعي CNSS لا بد من حمايتكم</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; text-align: center;"> <p>تاريخ المراجعة *</p> <p>Date de révision *</p> </td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; text-align: center;"> <p>العدد *</p> <p>Exemplaire *</p> </td> </tr> </table>	<p>تاريخ المراجعة *</p> <p>Date de révision *</p>	<p>العدد *</p> <p>Exemplaire *</p>	<p>الجهة الصحية المختصة</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie</p> <p>Obligatoire</p>
<p>تاريخ المراجعة *</p> <p>Date de révision *</p>	<p>العدد *</p> <p>Exemplaire *</p>			
<p>N° Dossier :</p>				
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>				
<p>Nom et prénom : <u>Ziatt Amina</u></p>				
<p>N° Immatriculation : <u>193619829</u></p>				
<p>N° CIN : <u>B2229963</u></p>				
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p>				
<p>Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/></p>				
<p>Adresse : <u>Frane California Saphir H apt 18</u> <u>2000 ANASSER CASABLANCA</u></p>				
<p>Montant des frais : <u>4.3270 Dhs.</u></p>				
<p>Nombre de pièces jointes : <u>2</u></p>				
<p>Déclaration du Médecin traitant</p>				
<p>Bénéficiaire de soins</p>				
<p>Nom et prénom : <u>Ziatt Amina</u></p>				
<p>Date de naissance : <u>22/01/1957</u></p>				
<p>N° CIN : <u>B2229963</u></p>				
<p>Sexe * : M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/></p>				
<p>INPE et code à barres **</p>				
<p>Médecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>			
<p>Type de soins</p>				
<p>Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>				
<p>N° dossier ALD : <u>1111111111</u></p>				
<p>Code ALD : <input type="checkbox"/> Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>				
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>أشيد بحسنة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>Fait à : <u>20/03/2020</u></p> <p>Le : <u>20/03/2020</u></p> <p>Signature de l'assuré(e) : <u>Same</u></p>	<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>أشيد بحسنة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>Fait à : <u>20/03/2020</u></p> <p>Le : <u>20/03/2020</u></p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>			

* Cocher la mention utile pour chaque cas.

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) au verso de la page à barres.

080 200 7200 - 080 203 3333 - الهاتف - الدار البيضاء المحطة - 2186 - ب. ب. 2186 - Casa Gare Téléphone

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone

Nine Z/EATF Amino

- D-Cur Fort lamp mois

Dr. Mohamed ALLAOU
Cardiologue
20 Rue Faidherbe - Wil. Grand
Congo Tel: 952 94 02 195

Scanné avec CamScanner

Actes de diagnostic, thérapeutique et d'urgence

Date des actes	Code des actes	Lettre de notation NGAP	Nbre d'actes	Montant facturé	Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10

Actes Paramédicaux

Date des actes	Code des actes	Lettre de notation NGAP	Nbre d'actes	Montant facturé	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 diagnostic, thérapeutique et d'urgence

Date des actes	Code des actes	Lettre de notation NGAP	Nbre d'actes	Montant facturé	Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Date d'exécution	Prix facturé	Signature et Cachet du Fournisseur des dispositifs médicaux
14/05/2020	432,70	
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 Tot



Le devoir de nous protéger

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée

المرضى المزمعون

المرضى المزمعون

Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

Ret. 080 200 7200

N° Dossier:

Partie réservée à l'assuré(e)

المؤمن له (ها)

Nom et prénom: Ziatt Lamine

الاسم الشخصي

N° Immatriculation: 183619129

الرقم التعريف الوطني

N° CIN: B329963

الرقم التعريف الوطني

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

المرضى المزمعون (ها)

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

Adresse: Immeuble El Anassir Hapt 12

Montant des frais:

32.000 Dhs.

Nombre de pieces jointes:

2

Déclaration du Médecin traitant

الطبيب المعالج
المستفيد من العلاجات

Bénéficiaire de soins: Ziatt Lamine

المرضى المزمعون

Nom et prénom: Ziatt Lamine

الاسم الشخصي

Date de naissance: 22/04/1959

تاريخ الميلاد

N° CIN: B329963

الرقم التعريف الوطني

Sexe *: M ☐ ذكر F ☒ أنثى

الجنس

INPE et code à barres **

Médecin traitant

Etablissement de soins

Type de soins

Admission ALD *: ☐ Oui ☐ Non

المرضى المزمعون

N° dossier ALD: 1111111111

المرضى المزمعون

Code ALD:

المرضى المزمعون

Maladie* ☐ مرض

Hospitalisation* ☐ استشفاء

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à: 11/05/2020

Le: 11/05/2020

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أشهد بصحة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à: 11/05/2020

Le: 11/05/2020

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

* Cocher la mention utile pour chaque cas

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) avec le code à barres

080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف - الدار البيضاء - 2186 - الدار البيضاء - 2186 - الدار البيضاء - 2186

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca - B.P. 2186 - Casablanca - Téléphone: 080 200 7200 / 080 203 3333



صحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis

Cardiologie - Cardiologie Interventionnelle - Radiologie Vasculaire Interventionnelle
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / VCT 128 barrettes

Zicht Cinema

EIN B9229963

Imm. E1085 B3619929

Déposé le 17/05/2020

RAPPORTER EN CAS DE NOUVEL EXAMEN
NE PAS ROULER, NE PAS PLIER

20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000 - Tel. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 82 82
GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72 - E-mail : clinique_cardiologique@hotmail.com