

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-448086

54671

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9102 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NOSSAIR Mohammed

Date de naissance : 24/03/62

Adresse :

Tél. : 0662 767 068 Total des frais engagés : Das

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENNANI Sandra

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 : 30/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-448086

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

[illegible]

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

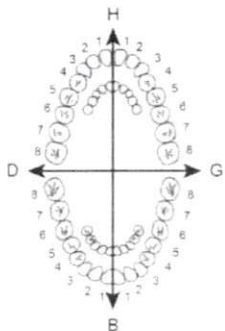
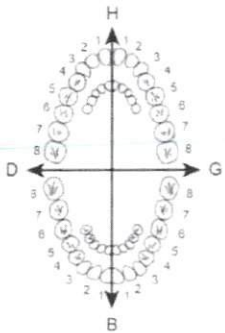
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : <input type="text"/>																				
				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																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td></td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H			G		25533412	00000000		21433552	00000000	D		B			00000000	35533411		00000000	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H			G																				
	25533412	00000000		21433552	00000000																			
	D		B																					
	00000000	35533411		00000000	11433553																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Assurance maladie obligatoire
Détail des prestations
Année 2020
Numéro de dossier : 60233573
Montant remboursé : 306.25 MAD
Date de situation : 02/10/2020
Motif : Archivé dossier liquidé
Mode de paiement : Virement assuré

2

Assurance maladie obligatoire

DÉTAIL AMO

X

Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
60233573	306.25	Archivé dossier liquidé	02/10/2020		Virement assuré

Fermer

« < 2020 » »



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

Feuille de soins dentaires

موافقة مسبقة*
Entente préalable*

تنفيذ*
Exécution*

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم: 610-1-04

Ref: ANAM 1.2.03 01

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي: **BEN NANI SANAA**

رقم التسجيل: **135393149**

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **5278102**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)*

هو نفسه ☒ Lui même ☐ Enfant ☐ Conjoint ☐ زوج

العنوان: **6, Rue EBN CHICK EL KIRKAWI, CASABLANCA**

مبلغ المصاريف: **500,000** Dhs.

عدد الوثائق المرفقة: **04**

Déclaration du Chirurgien Dentiste

تصريح طبيب الأسنان

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي: **SANAA BEN NANI**

تاريخ الازدياد: **13/02/1973**

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **5278102**

الجنس: ☒ أنثى ☐ ذكر

Identification du Chirurgien Dentiste

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدالي للممارس: **10944116**

نوع العلاجات

علاجات* ☒

البدلة السنية* ☐

تقويم الأسنان الوجهي* ☐

علاجات أخرى* ☐

رقم الموافقة المسبقة: ☐

في حالة حادث. يرجى تحديد مايلي: تاريخ: ☐

تاريخ: ☐

أشهاد بصدقة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

فعل في: **CASABLANCA**

في: **23/04/2020**

توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

فعل في: **CASABLANCA**

في: **23/04/2020**

توقيع وطابع طبيب الأسنان
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

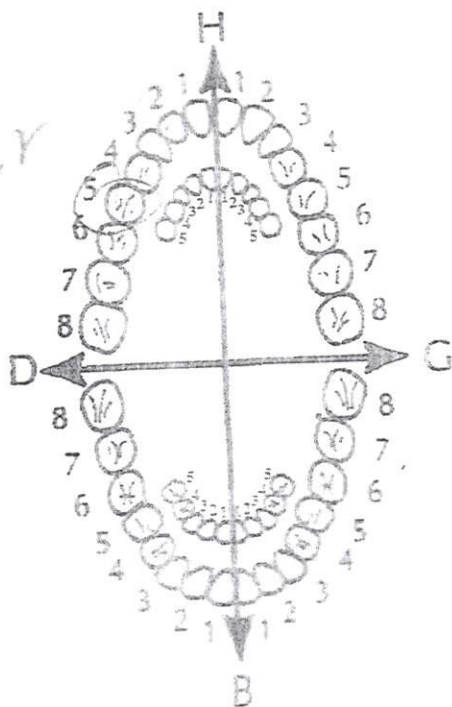
- INP : Identification Nationale du Practicien

- * Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع العلامة في الخانة المناسبة

دار المؤمن - ساحة دكاو - الدار البيضاء من. ب. 2186 الدار البيضاء الحطة - الهاتف 05 22 54 86 07 - فاكس 05 22 54 86 73 - موقع على الانترنت: www.cnss.ma
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P 2186 Casa-Gare-Téléphone : 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 73 - Web : www.cnss.ma
مركز الاتصال 08200 7200 - مركز الاتصال

وصف العمليات المجرىة						توقيع وطابع طبيب الأسنان
Description des actes effectués						Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
أسنان معالجة	رمز العمليات	تاريخ العمليات	معدل العمليات	قيمة العمل	مبلغ الفواتير	
Dents traitées	Code des actes	Date des actes	Lettre d'â - Colonne N°343	Valeur d'â	Montant facturé	
18	18-1	06/04/2012	18-1	500		



Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des actes et son coefficient d'après la nomenclature des actes.

على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرىة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملتها طبقاً لدليل العمليات المهنية.