

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W19-448084

54664

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

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 : 30 / 12 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-448084

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 :

06.04.28.06.24

## تعليمات يجب اتباعها

par personne et par événement.

être accompagnée de toutes les  
nales (ordonnances médicales,  
amens de radiologie et/ou depersonne soignée doivent être  
ix mêmes sur chaque feuille deM concernant les médicaments  
aux ordonnances transmises.i que les pièces justificatives  
a CNSS dans les deux mois qui  
édical, sauf s'il y a traitement  
dernier cas, le dossier doit être  
(60) jours qui suivent la fin duis engagés sera effectué sur la  
nale de référence.idents du travail et maladies  
s couverts.e de fraude ou de fausse  
les prestations qui ne sont pas  
ions légales et réglementaires.ement prise par la CNSS est  
conditions réglementaires et de

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق  
الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج  
فحوص الأشعة أو المختبر).يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج  
من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية  
المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسل.يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق  
الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول  
عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة ،  
يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية  
المرجعية.الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير  
قابلة للتعويض.كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات  
غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي  
رهن باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.توقيع وطابع الـ  
nature de l'Agenceخاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMOورقة العلاجات المتعلقة بالمرض  
Feuille de Soins Maladieموافقة مسبقة\*  
Entente préalable\*تنفيذ\*  
Exécution\*مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

مرجع رقم: 610-1-02

## Partie réservée à l'assuré(e) (خاص بالمؤمن له/ها)

الاسم العائلي والشخصي : BENNANI SANAA

رقم التسجيل : 13533419

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 3218402

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*  
هو نفسه ☒ Lui-même ☐ ابن ☐ زوج ☐ Conjoint

العنوان : 6 Rue Thaché, B.P. 2000, Casablanca, Maroc

مبلغ المصاريف : 111.000 Dhs.

عدد الوثائق المرفقة : 1

## Déclaration du Médecin traitant (تصريح الطبيب المعالج)

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : BENNANI SANAA

تاريخ الميلاد : 13/05/1982

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 3218402

الجنس : أنثى ☒ F ☐ ذكر ☐ M

## Identification du Médecin traitant (تعريف الطبيب المعالج)

الرقم الوطني الاستدالي للممارس : 13533419

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق\* : Oui ☐ Non ☐

تاريخ الحمل : 13/05/1982

التاريخ المتوقع للولادة : 13/05/1982

تاريخ الاستشفاء : 13/05/1982

تاريخ الحادث : 13/05/1982

أسباب الحادث : 13/05/1982

أسباب الحادث : 13/05/1982

أسباب الحادث : 13/05/1982

أسباب الحادث : 13/05/1982

أسباب الحادث : 13/05/1982

أسباب الحادث : 13/05/1982

أسباب الحادث : 13/05/1982



N° Immatriculation

135393149

Nom et prénom

BENNANI SANAA

Date de naissance

12/03/1973

CNI/Passeport/Séjour

D78103

## Assurance maladie obligatoire

N° dossier	Type de dossier	Date de dépôt	Agence de dépôt	Date des soins	Montant des soins (MAD)	Bénéficiaire
64145145	Dossier de remboursement	04/02/2020	SBATA	29/01/2020	771,6	BENNANI SANAA
60233573	Dossier de remboursement dentaire	04/05/2020	MERS SULTAN	06/04/2020	590	BENNANI SANAA
73424844	Dossier de remboursement	19/11/2020	MERS SULTAN	23/10/2020	3000	BENNANI SANAA

« &lt; 2020 &gt; »

①

## Assurance maladie obligatoire

## DÉTAIL AMO

X

Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
64145145	307.93	Payé	17/02/2020		Virement assuré

Fermer

**Docteur Mostafa DETSOULI**

Professeur d'oto-rhino-laryngologie  
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.  
Diplômé de Cancérologie O.R.L.



**الدكتور مصطفى دتسولي**

أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه  
أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا  
شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق الأذن والحنجرة

Casablanca, le 29/01/2020 في الدار البيضاء،

**Mme BENNANI Sanaa**

ROVAMYCINE 3M



1 comprimé matin et soir pendant , pendant 8 jours

PREDNI 20



3 comprimés le matin , pendant 5 jours

APIXOL



1 càs 3 fois par jour , pendant 10 jours

SERETIDE 250



2 inhalations matin et soir , pendant 10 jours

ROVAMYCINE 3MUI  
CP PEL B16  
P.P.V : 132DH60  
LOT : 0MA011  
PER : 02 2022  
6 118000 060277

PHARMACIE LE GALIA  
77, RUE DE ROME - CASABLANCA  
TEL: 05 22 86 67 87 - 05 22 86 67 88

120, Bd. Moulay Idriss 1<sup>er</sup>, 4<sup>ème</sup> étage - 20 000 Casablanca

Tél. : 05 22 86 13 13 / 86 31 31 - Fax : 05 22 86 58 27 - E-mail : detsouli@hotmail.com