

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

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° W21-701941 M2182

Mutuelle Complémentaire

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1846

Actif

Pensionné(e)

Société :

Nom & Prénom :

RHA ZOUANI MED EL MAHFoud

Date de naissance :

07.10.1954

Adresse :

Resid ANDALOUSIA TERR 83 Agf 8 BD ANOUAL

Tél. : 0661462619

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation :

ZOHRY FATIMA

Nom et prénom du malade :

Age: 30 ans

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 : 05/05/2022

Le : 18 NR. 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Zohry

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVE DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي C.N.S.S	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم Page : 1
	Référence structurée : 220313461972539	Emis à Casablanca le : 08/03/2022	
Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 192159815 Règlement du mois : 03/2022 Mode de paiement : Virement	ZOHRY FATIMA RES ANDALOUSSIA IMM 83 APPT 8 BD ANOUAL CASABLANCA 2034		
Informations : معلومات :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
ZOHRY FATIMA										
102349063	02/02/2022	PH D	PHARMACIE ASKIA MME BENLEMLIH YASMINA	184,00 400,00	147,30 175,00	1,00 1,00	1,00 1,00	147,30 175,00	70 70	103,11 122,50
Total remboursé pour FATIMA										225,61
Total général remboursé										225,61

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire DCM

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

توقيع وظابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : _____

Date d'arrivée : _____

Date d'estimation : _____

Date d'estimation : _____



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

Feuille de soins dentaires

موافقة مسبقة*
Entente préalable*

تنفيذ*
Exécution *

مرجع رقم : 610-1-04

خاص بالمؤمن له (لها)

Réf : ANAM 1.2.03.01

Nom et prénom : ZOHRY FATIMA

N° Immatriculation : 14928159815

N° de la Carte d'Identité Nationale :

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

Conjoint زوج Enfant اب او ابنة Lui-même هو نفسه

Adresse : REGIO AND ALOUSIA INN 83 API 8 BD ANJOUAL

Montant des frais : درهم _____ Dhs.

Nombre de pièces jointes :

تصريح طبيب الأسنان

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : ZOHRY FATIMA

تاريخ الازدياد : 148102141951

N° de la Carte d'Identité Nationale :

جنس : M ذكر F أنثى

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 105141459

نوع العلاجات

Soins*

Prothèse*

Orthodontie faciale*

Autres*

N° Entente préalable :

Le : 10/11/2019
في : توقيع المؤمن له (لها)

En cas d'accident précisez

Date d'accident

أشهد بصحة كل ماذكر أعلاه.

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

Fait à : CASA

Le : 10/11/2019

في : توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASA

Le : 10/11/2019

في : توقيع وظابع طبيب الأسنان

Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

* INP : Identification Nationale du Practicien

* Gocher la mention utile pour chaque case

Doliprane 500 mg

PARACETAMOL

16 comprimés effervescents



6 118000 040354

Conse
et de
NE LA!

AUGMENTIN 1 g/125 mg

16 sachets



6 118000 160182

Centre Dentaire

Dr.Yasmina BENLEMILH

Orthodontie - Parodontie

Implantologie - Invisalign

Diplômée de la F.M.D.C

Ancienne Attachée au CCTD de Casablanca



مركز طب الأسنان

تقديم الأسنان - علاج اللثة

زرع الأسنان - تبييض

خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

ملحقات سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي للدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca le: 02/02/2022

ZOHRY Fatima

AUGMENTIN 1g

1 sachet 2 fois par j pdt 8 j

Oedes 20 mg

1 Cp / J , pdt 8 J

doliprane 500mg

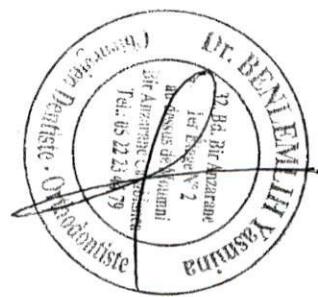
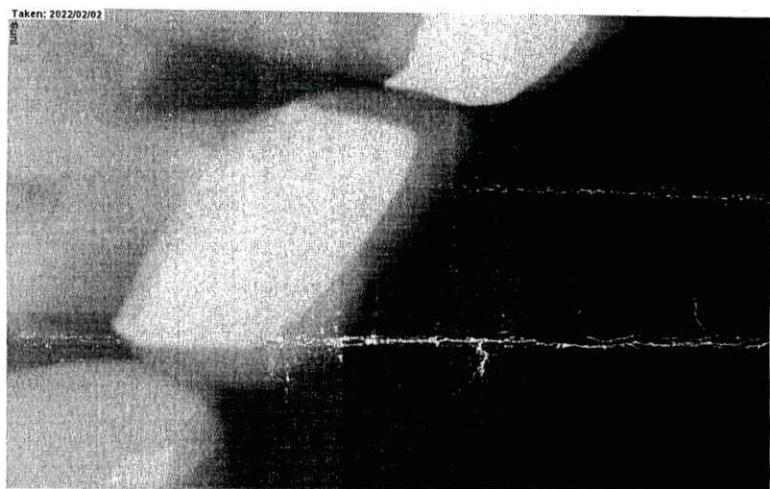
3 fois/jour pdt 5 jours



32, Bd Bir Anzarane, 1^{er} étage, N° 2 - au dessus de Moumni Bir Anzarane - Casablanca

32، شارع بئر أنزاران، الطابق الأول، رقم 2 - فوق مؤمني بئر أنزاران

Tél.: 05 22 23 44 79 - E-mail: yasminabenlemlih2019@gmail.com



Zohry, Fatima IDnum: "3306"
Dents: 3
Prise: 02/02/22 12:00PM

Centre Dentaire

Orthodontie - Parodontie
Implantologie - Invisalign

Diplômée de la F.M.D.C

Ancienne Attachée au CCTD cir. Casab a 150



مركز طب الأسنان

د. ياسمينة بن المليح

تقديم الأسنان - علاج اللثة

زرع الأسنان - تبييض

خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

ملحقات سابقة بالمركز الإستشفاءي الجامعي للدار البيضاء

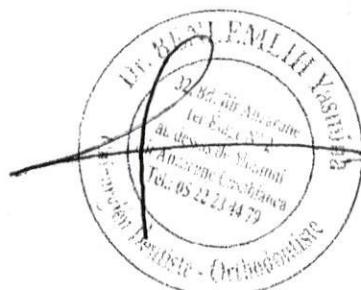
Casablanca le: 02/02/2022

Madame ZOHRY Fatima

DATE	Dent	Actes	Code	Honoraires
02/02/2022	16	Extraction Dent Incluse (chirurgicale)	D720	400

Total :400,00

Arrêté la présente Facture à la somme de : QUATRE CENTS



ICE:001740630000072 INP:094011459 PAT:40800282

32, Bd Bir Anzarane, 1^{er} étage , N° 2 - au dessus de Moumni Bir Anzarane - Casablanca

شارع بئر أنزران، الطابق الأول، رقم 2 - فوق مومني بئر أنزران

Tél. : 05 22 23 44 79 - E-mail : yasminabenlemlih2019@gmail.com