

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



Déclaration de Maladie

N° W21-710072

115 829

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11560

Société : RAM EXPRESS

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : EL MEJJAD YASSIR

Date de naissance : 23/09/1976

Adresse : Rue Ibn Jahn, Résidence Tawassut 1, Bouregorge, Casablanca

Tél. : 0661541277

Total des frais engagés : 321,50

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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

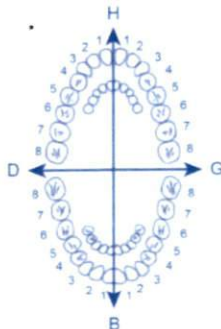
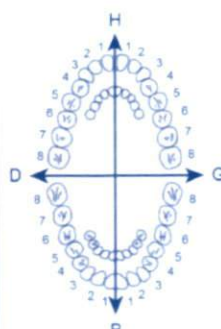
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		 الضمان الاجتماعي ٢٠١٨٠٨٢٠ ٢٠١٨٠٨٢٠ CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610 2 06 : REF
	Référence structurée : 220415001734510		Emis à Casablanca le :	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 135944778 Règlement du mois : 04/2022 Mode de paiement : Virement		BENNANI LAMYAE 39 LTS KENZA JENANE MY KAMEL FES 3001	
	Informations :		معلومات :	

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو 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
BENNANI LAMYAE										
089027505	14/03/2022	C	MME PAYELLE NATHALIE	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
089027505	14/03/2022	PHN	PHARMACIE ANFAPLACE	185,80	140,00	1,00	1,00	140,00	00	0,00
089027504	06/04/2022	C	MME PAYELLE NATHALIE	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
089027504	06/04/2022	PH	PHARMACIE ANFAPLACE	121,50	121,50	1,00	1,00	121,50	70	85,05
089027506	22/03/2022	C	MME PAYELLE NATHALIE	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
089027506	22/03/2022	CG	MME PAYELLE NATHALIE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
089027506	22/03/2022	B	LABORATOIRE D'ANALYSES MED	1 606,00	1,10	180,00	1,00	1 298,00	70	908,60
Total remboursé pour LAMYAE										1 161,65
Total général remboursé										1 161,65

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. ANAM : 12/01/01
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	مرجع رقم 610-1-02	

N° Dossier : (0640) 70 00 00

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :	Bennani Lamya e	الاسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation :	1359 44778	رقم التسجيل :
N° CIN :	10793532	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
Adresse : Rue Ibnou Jahi - Tanavo Bourgogne		العنوان :
Montant des frais : 321,50 Dhs		مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 3		عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج
Bénéficiaire de soins		المستفيد من العلاجات
Nom et prénom :	Bennani Lamya e	الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance :	11/11/1981	تاريخ الميلاد :
N° CIN :	10793532	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe :	F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى M <input type="checkbox"/> ذكر	الجنس :
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **

Médecin traitant	Etablissement de soins
الطبيب المعالج	المؤسسة العلاجية

Type de soins *	نوع العلاجات *
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء Maladie <input type="checkbox"/> مرض Accident <input type="checkbox"/> حادثه Amputation <input type="checkbox"/> أموتة	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Fait à : Le : 11/11/2015 توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Le : 11/11/2015 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية 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) ainsi que le code à barres

Docteur Nathalie PAYELLE

Diplômée de la Faculté de Médecine
de RENNES (France)

MEDECINE GENERALE

D.U. : Diététique et Maladies de la Nutrition

(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité ...)

Autorisation N° : 12457

الدكتورة نطالي بيبيل

خريجة كلية الطب برين (فرنسا)

الطب العام

شهادة جامعية في الحمية وأمراض التغذية

(السكري، السمنة، الكوليسترول ...)

رخصة رقم: 12457

Casablanca, le 06/04/22 في الدار البيضاء

BERMANI
la myae

40,50 x 3

1/ Faridjon 80 kg
3 mcs.

T: 121,50

N. PAYELLE Nathalie
Médecine Générale
Résidence Annour Imm. 2
Avenue de Tan Tan 20160 Casablanca
Tél. 06 22 36 84 76 - GSM: 06 61 32 53 22

Résidence Annour Immeuble 2 - Avenue de Tan Tan 20160 - CASABLANCA

Tél. & Fax : 00 212 (0) 522 36 84 76 - GSM : 00 212 (0) 661 32 53 22

Médicament non soumis à prescription médicale
دواء يصرف بدون وصفة طبية

PPV - 40.50 DH



319334

AMM N° 473/17/DMP/21/NRQ

Fabricant / المصنع
PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION
Rue du Lycée - 45500 Gien - France
بوير فابر دواء للتصنيع
شارع الكلية - 45500 جين - فرنسا

Fabricant / المصنع
PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION
Rue du Lycée - 45500 Gien - France
AMM N° 473/17/DMP/21/NRQ

319334



PPV - 40.50 DH

دواء غير خاضع لوصفة طبية
non soumis à prescription médicale

Médicament non soumis à prescription médicale
دواء يصرف بدون وصفة طبية

PPV - 40.50 DH



319334

AMM N° 473/17/DMP/21/NRQ

Fabricant / المصنع
PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION
Rue du Lycée - 45500 Gien - France
بوير فابر دواء للتصنيع
شارع الكلية - 45500 جين - فرنسا