

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

0661855042

Déclaration de Maladie

N° W21-684918

MA8266



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 508

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT HENNA m'hamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0611 855642

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

10/05/2018

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DAKIR Figen Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Catarrhe de l'oreille droite

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le: / /

Tel: / /

Autorisation CNDP N° MA-A-215/2019

RELEVE 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
10/05/2022	Von Falz-Fein	1	3950	DNP : 090060413 SUE TAHIA SARL Avenue HACHEM FILALI PC N° 4038 29 18000/56

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date <i>Télé:</i>	<i>ST. LOUIS CASIER</i> 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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RÉLEVE 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 canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000	<hr/>			G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
<hr/>																						
B	00000000	00000000																				
<hr/>																						
G	35533411	11433553																				
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

Casablanca, le : 10/05/2009
الدار البيضاء، في

Mme : DARIF IJOU

Compte rendu opératoire de l'œil gauche

TECHNIQUE : CATARACTE PAR PHACOEMULSIFICATION

- Examen de l'œil et de ses annexes
- Badigeonnage et lavage des culs-de-sacs à la Bétadine 5%
- Incision cornéenne limbique à l'aide d'un couteau 3.2
- Injection de viscoélastique
- Porte de service au couteau 15°, capsulorrhéxis a la pince de Corydon
- Hydrolyse et hydrodéliéation, phacoemulsification du noyau
- Implantation d'un implant
- Lavage évacuation du produit visqueux
- Tobradex pommaise
- pansement

دكتورة خديجة فلاتي
Dr. KHADIJA FILTY
احسانية في طب و جراحة العيون
Ophthalmologist
Tél.: 05 22 37 07 43 Casablanca

**بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري**

**RELEVE DES PRESTATIONS
AMO**



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Page : 1

Référence structurée :

Emis à Casablanca le : 00000

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

AITHEMMOU MOHAMED
HAY YASMINA I RUE 11 N 33 AIN CHOCK
CASABLANCA 9999

N° d'immatriculation: 192170118
Règlement du mois : 05/2022
Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

Détail des règlements effectués en votre faveur aux établissements de soins

بيان ما دفع لمؤسسات العلاج لفائدة

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	التعرفة المرجعية Tarif de référence	المعلم Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
DARIF IJOU	-	10/05/2022	-	CLINIQUE TAHA	6 500,00	-	-	-	-	4 550,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



الدار البيضاء، في Casablanca, le 05/05/2022

CNSS

998401213

AMO

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

**CLINIQUE TAHA
AV HACHIMI FILALI
BACHKOU EX AV TADDART
20000 CASABLANCA**

Réf : N° d'immatriculation **192170118**

Nom et prénom de l'assuré : **AITHEMMOU MOHAMED R3988**

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدي، سيدتي

En réponse au dossier de prise en charge numéro **998401213**, reçu le **05/05/2022**, nous vous faisons part de notre accord concernant :

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم 998401213 والذى وافقنا به بتاريخ 05/05/2022 نطلعكم على موافقتنا بخصوص

Le bénéficiaire
L'établissement
Le montant
La validité de prise en charge

DARIF IJOU
090061243
4550,00Dhs
du 10/05/2022 au 09/06/2022

المستفيد
المؤسسة العاجية
المبلغ
صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de remboursement à déposer impérativement dans un délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de sortie du patient de votre établissement et ce, pour vous permettre de bénéficier du règlement des frais d'hospitalisation selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ خروج المريض من مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي يحددها القانون

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des soins dans les délais sus mentionnés rend la présente attestation sans effet.

كما نشير انتباهم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل الآجال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة صلاحيتها

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

وتقضوا سيدتي، سيدتي، بقبول خالص تحياتنا

**مصلحة الموافقة المسبقة و التحمل
Service Entente Préalable et Prise en Charge**

S/R: CRO
S/R:
S/R:
S/R:

CLINIQUE TAHA
SARL A.U.

Tel : 05 2281 55 81 /Fax : 05 22 85 55 01
AV.Hachimi Filali (Ex AV.Taddart) N°51 LOT BACHK
CASABLANCA



INPE : 090061243

F A C T U R E

CNSS	Réf facture N°	1230/ 2022 Date : 10/05/2022
------	----------------	------------------------------

Nom du patient	Date Entrée	Date Sortie
DARIF IJOU	10/05/2022	10/05/2022

<i>Nom adhérent</i>	DARIF IJOU
<i>Numéro Immatriculation</i>	292170118
<i>Lien de parenté</i>	Assuré
<i>Numéro affiliation</i>	
<i>Références prise en charge</i>	998401213
<i>Cotation</i>	k130

Prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix U.	Montant
CATARACTE CNSS	1,00	F	8 500,00	8 500,00
			Total Facture	8 500,00
			Part organisme	4 550,00
			Part adhérent	3 950,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
QUATRE MILLE CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS

Signature de l'adhérent :

ecipa

CLINIQUE TAHA SARL AU
51, Lot Bachka Avenue HACHEMI FILALI
CASABLANCA - RC. N° : 4038 29
(CEN N° : 002049328000056
Duplicata)

CLINIQUE TAHA**SARL A.U.**

Tel : 05 2281 55 81 /Fax : 05 22 85 55 01

AV.Hachimi Filali (Ex AV.Taddart) N°5

CASABLANCA

CASABLANCA

BILLET DE SORTIENom du patient : **Mme DARIF IJOU**Chambre : **CH102**Médecin traitant **FILTY KHADIJA**Prise en charge **CNSS**Date entrée **10/05/2022**Date sortie **10/05/2022 09:57**

Le patient	L'infirmier	Le major
------------	-------------	----------

CLINIQUE TAHA SARL A.U.
51, Lot Bachirou Avenue HACHIMI FILALI
CASABLANCA - RC N° : 4058 28
ICE N° : 002049378000055
Duplicata