

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.

POUR COMPLÉMENT SUP



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

Declaration de Maladie

N° W21-716484

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11958 Société : M852A
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AKBIL ZAINA
Date de naissance : 15/09/1977
Adresse :
Tél. : 0661143402 Total des frais engagés :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 09/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.


	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610 2 06 : REF	
	Référence structurée : 220314129725185	Emis à Casablanca le : 29/03/2022	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة OUAZZANI TOUHAMI MHAMED 10 RUE ABDELHAK BEN MAHYO ETG 8 QU PALMIER CASABLANCA 2034 N° d'immatriculation : 131248645 Règlement du mois : 03/2022 Mode de paiement : Virement		
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
OUAZZANI TOUHAMI MHAMED										
088958713	16/02/2022	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
088958713	16/02/2022	K	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	140,00
088958713	16/02/2022	PHN	PHARMACIE	130,90	130,90	1,00	1,00	130,90	00	0,00
088958713	16/02/2022	PH	PHARMACIE	280,20	138,50	1,00	1,00	138,50	70	96,95
Total remboursé pour MHAMED										341,95
Total général remboursé										341,95

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

06 18532 602

 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 Réf.	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : QUAZZANI TOUNAMI M'HAMED : الاسم العائلي والشخصي :
 N° Immatriculation : 11311214816451 : رقم التسجيل :
 N° CIN : BE5711286 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint ☐ زوجEnfant ☐ ابن

Adresse : 10, RUE ABDELHAK BEN MATHOY PALMER CASABLANCA : العنوان :

Montant des frais :

درهم Dhs

مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes :

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : QUAZZANI TOUNAMI M'HAMED : الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 16/10/1972 : تاريخ الازدياد :

N° CIN : BE5711286 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ☒ ذكر F ☐ أنثى : الجنس * :

INPE et code à barres **

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم / المشفر **

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins*

نوع العلاجات*

Hospitalisation

☐

استشفاء

Maternité

☐

أمومة

Accident

☐

حادثة

Maladie

☐

مرض

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus
 sincères et véritables.

أصرح بمصادقية وصحة
 المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : 16/02/2022 : في :

Fait à : 16/02/2022 : في :

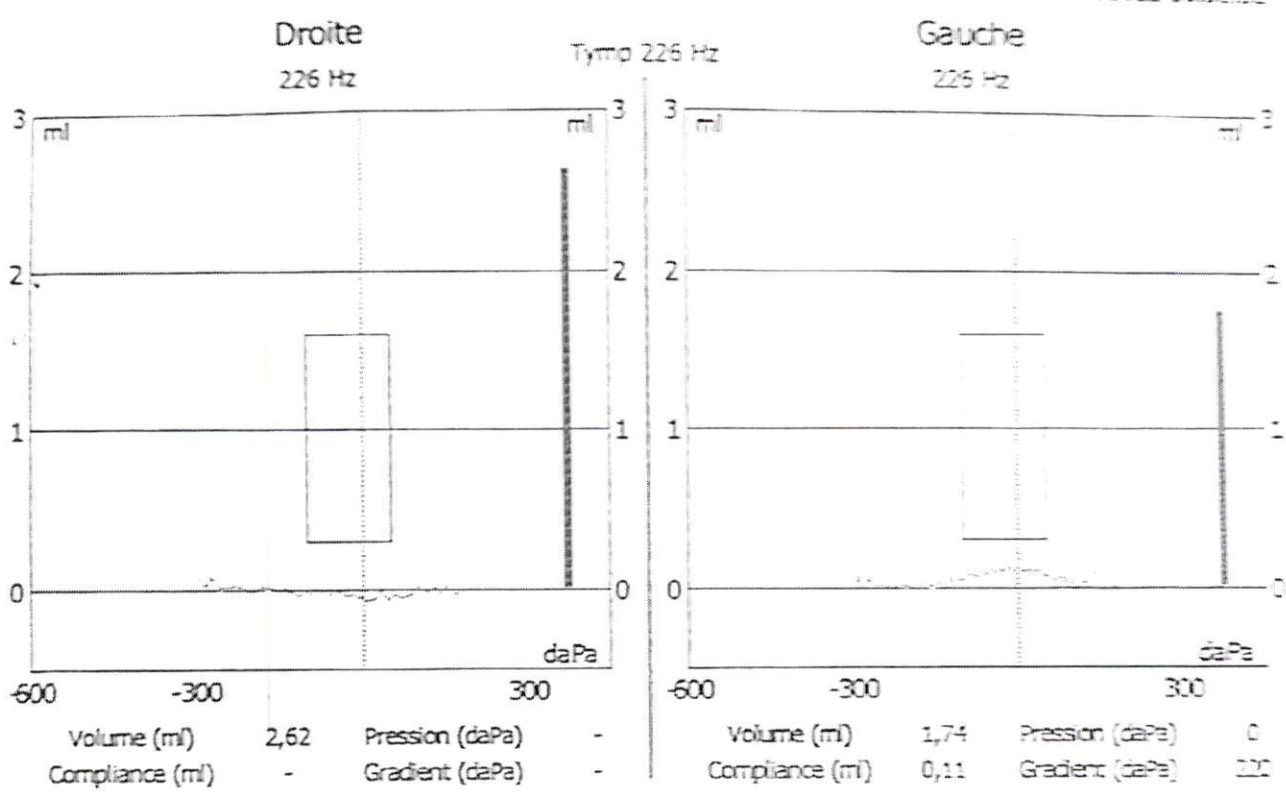
Signature de l'assuré(e)
 توقيع المؤمن له

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

* Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة المناسبة

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres



Clinique O.R.L Beausejour
198 Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40

مصحة بوسيجور

CLINIQUE ORL ET MAXILLO-FACIALE BEAUSEJOUR

198, Bd. Ghandi - Casablanca - Maroc Tél.: 05 22 99 42 41 - Fax : 05 22 99 42 40
Patente : 34750161 - C.N.S.S. : 2599845 - I.F. : 1084499 - R.C. : 79441 - I.C.E.: 001540516000056

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

N° 0224

Le 16/02/2022

Mr, Melle, Mme, Enft

: AZZANI TOUHANI M HANED

Renseignements Clinique

:

Pour

☐ π AUDIOGRAMME TONAL

☒ π IMPEDANCEMETRIE

☐ π PEA

☐ π VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

☒ π MANŒUVRES POSITIONNELLES

☐ π FIBROSCOPIE NASALE

☐ π FIBROSCOPIE LARYNGÉE

☐ π AMSA

Clinique O.R.L. Beausejour
198 Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40

Montant : ...

20000

Lea Cat Ch

مصحة بوسيجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR
O.R.L.

Dr B. MOKRIM
Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI
O.R.L.
Immuno-allergologie

le 1602-22 MAZZANE
TONHAYE
M'hamed

5m²
TANONATE

1791⁰ 2ep 3h / 10i
physimer Euclopylat

1791⁰ 2pul 2h / 15i

1791⁰ TABUDEX

2pul 2h / 15i

1791⁶⁰ AERTUS

2ep h / 1mois

36140 Kopred 20

2ep h / 4i

VESENTZER

2ep h / 10i

صيدية المدينة المنورة
PHARMACIE SEENTOWN
DR. MEKOUAR

Professeur Mokrim B.
OTORHINO LARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
198, Bd Ghandi - Casablanca
Tél.: 0522 99 42 41