

# 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

- 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

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019



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

# Déclaration de Maladie

N° W21-782554

171882

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 827

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHAYRI - Mohamed

Date de naissance : 1948

Adresse : Rue 2. APP 77. n° 6. att Hadamoune Orlia. Casablanca

Tél. : 05 22 89 69 57

Total des frais engagés : 251,50 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 :

Douloureuse articulation

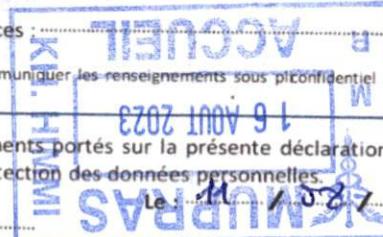
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 11.08.2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/08/23				<p>INP : Dr. BONNET Rhumatologie Ostéopathie Echographie Ostéopathique Prise en charge interventionnelle</p>

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de NOTAH Rue des Oliviers - 022.59.55.95	11/08/23	301,10

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### VOLET ADHERENT

## **RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ONDE

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			
	H	25533412 00000000 35533411	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D	00000000 00000000	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		21433552 00000000 11433553		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# وصفة

## ORDONNANCE

le ..... 11.08.23

م² - med. k HAY Ri

801,00

100 | Daffin 1



100 | 3 mois

100 | Noli Capt



10,60

10 ppp x 21 |

3- | Dolop 1



**Adulte**

LOT : 5524  
PER : 12 - 25  
P.P.V : 10 DH 60

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca

Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

POLYCLINIQUE ADDAMAN  
NOTRE SANTÉ NOTRE PRIORITÉ

IHRS

l'Amel

89,50

40

ans gyl.

301,10 15 gtt

3 mg

Dr. Souad FAIZ  
Rhumatologue  
Ostéopathie  
Échographie Ostéo-articulaire  
~~Chiropratique - Acupuncture~~

العنوان:  
Dr. AL MOTAHI DA  
Dr. Abdellah Ben Ali  
Dr. Othmane Blanca  
31 Rue Ouled Ali  
Tunis 1007  
Tunisie  
002-33-56-06

 <b>الشّفاف الاجتّماعي</b> <b>NATIONAL INSURANCE</b> <b>CNSS</b> <b>Là devoir de vous protéger</b>	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>	<b> مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b> <b>Réf. - 610-1-02</b> <b>مرجع رقم</b>	<b>RÉF. ANAM : 1201</b>
<input type="checkbox"/> موافقة مسبقة * <input type="checkbox"/> تنفيذ * Entente préalable *      Exécution *			

N° Dossier :

06 78 72 82 34

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (نها)

Nom et prénom : ..... صنوادن كروبيلا ..... الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : ..... 1\_1\_1\_1\_1\_1\_1\_1 ..... رقم التسجيل :

N° CIN : ..... 1\_1\_1\_1\_1\_1\_1 ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (نها) \*

Conjoint 

زوج

Enfant 

ابن

Adresse : ..... العنوان : قصبة الحبيب موسى 36 ش 200 أساسف البركان

Montant des frais : ..... درهم ..... Dhs ..... مبلغ المصارييف :

Nombre de pièces jointes : ..... عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصریح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ..... M A G R O U D E R E D D U A N I ..... الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : ..... تاريخ الازدياد :

N° CIN: ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : ..... M ذكر ..... F أنثى ..... الجنس :

INPE et code à barres \*\* ..... الرقم الوطني الاستدلالي و الرمز المشفّر \*\*

Médecin traitant	Etablissement de soins
الطبيب المعالج	المؤسسة العلاجية

Type de soins \* نوع العلاجات \*

Hospitalisation <input type="checkbox"/>	استشفاء <input type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	حادثة <input type="checkbox"/>	Maladie <input type="checkbox"/>	مرض <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : ..... ب ..... Le : ..... في .....  <b>توقيع المؤمن له</b> Signature de l'assuré(e)	أشهُد بصحة كل ما ذكر أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : ..... ب ..... Le : ..... في .....  <b>توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية</b> Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
---	---

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* لشطب الخانة المناسبة

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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء من 3 بـ 2186 الدار البيضاء اخطبطة - الهاتف: 080 203 3333  
CNSS\_Place de DAKAR \_ Casablanca BP: 2186 Code Gare Téléphone : 080 203 3333