

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



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

Complémentaire
Déclaration de Maladie
M23-000047

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01391 Société : RAM 192623
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SOUALY Mohamed
Date de naissance : 01-01-1952
Adresse : Jnane California, Saphir 4 Apt 18
Ain check Casablanca
Tél. : 0701132064 Total des frais engagés : 781.90 DH 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casablanca Le : 29/01/2024
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري
Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب
Le : 28/11/2023 : بتاريخ

الصفحة 1 / 1 Page

N° d'immatriculation 183619729 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 27/11/2023 : إلى
au : 27/11/2023 : إلى

المرسل إليه Destinataire

ZIATT AMINA

Veillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقدمتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	نسبة التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Número de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ZIATT AMINA											
144435861	26/10/2023	PH	PHARMACIES D	531,90	0,00	1.00	6,00	0,00	0,00	27/11/2023	409,56
144435861	26/10/2023	CS	OFFICINES CARDIOLOGIE	250,00	150,00	1.00	1,00	150,00	77,00	27/11/2023	115,50
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											525,06
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											525,06

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

remboursement prise par l'année au respect des conditions de ce qui précède.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي
هين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

CNSS Le devoir de vous protéger	Entente préalable	Exécution	مرجع رقم 610-1-03
-------------------------------------------	-------------------	-----------	-------------------

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : Ziatt Amina : الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 123695429 : رقم التسجيل :

N° CIN : B229963 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : Immeuble California Saphir 18 apt 18 : العنوان :
3 étage Ain Chock Essadouna

Montant des frais : 781,90 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 : Ziatt Amina : الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 22.01.1957 : تاريخ الميلاد :

N° CIN : B229963 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe * : M ☐ نكر ☒ أنثى : الجنس * :

INPE et code à barres ** : رقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **

Médecin traitant : الطبيب المعالج

Établissement de soins : المؤسسة العلاجية

Type de soins

Admission ALD * : ☐ Oui ☐ Non

N° dossier ALD : _____

Code ALD : _____

Maladie* ☐ مرض * Hospitalisation* ☐

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus : أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : Essadouna : ب :
 Le : 26.10.2023 : ل :
 Tوقيع المؤمن له : _____

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Essadouna : ب :
 Le : 26.10.2023 : ل :
 Tوقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية : _____

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

* Insérer la mention utile pour chaque case

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الدار البيضاء المظلة - ب. 2186
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gure Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Majour de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. :2186 Casa Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333



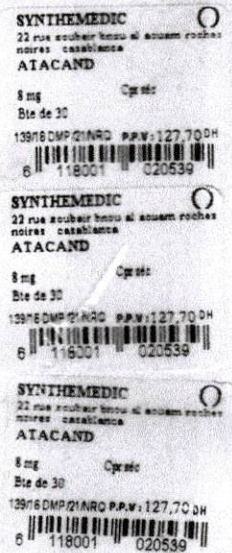
مصلحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

Casablanca, le 26 Octobre 2023

Mme ZIATT Amina



- Atacand 8 mg 1cp/j
- D-Cur Fort 1amp/15 jour (3boites)



PHARMACIE DES PRELES
OUAZZANI Tohami Karim
18, Rue Brahim Mekhai
Yacoub El Mansour Casablanca
Tel : 05 22 98 40 33



Traitement de 3 mois





مصلحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

Casablanca, le 26 Octobre 2023

Mme ZIATT Amina

FACTURE N° 01411316/2023

Date	Désignation	QT	Montant
26/10/2023	Consultation Cardiologique	1	250,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
			250,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :
Deux cent Cinquante Dirhams (250,00 dhs)

Dr. ALAOUI Mohamed
Cardiologue
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25