

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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

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° P19- 0043650

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2289 Société : MUPRAS

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : DIAHER

Date de naissance : 20.05.1972

Adresse : Rue 2, Imm. 7, 2, ATTADAMOUN OULFA

Tél. : 06.66.80.73.76 Total des frais engagés : 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 : Casa Le : 04 / 09 / 19

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

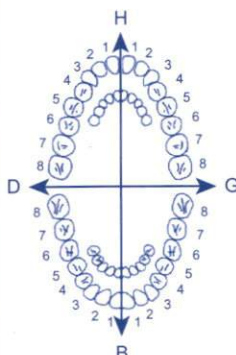
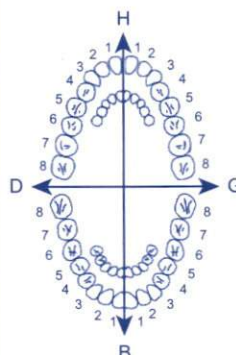
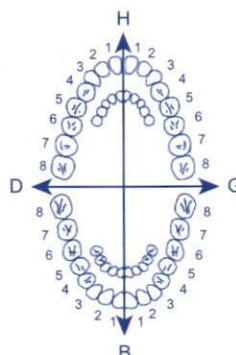
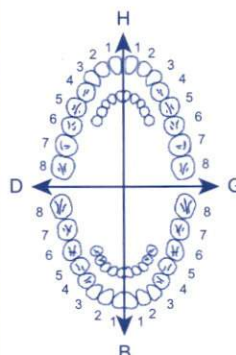
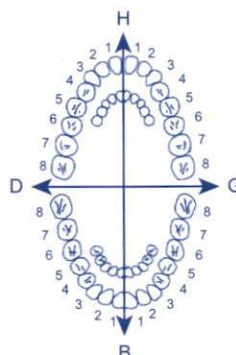
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>													
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>														

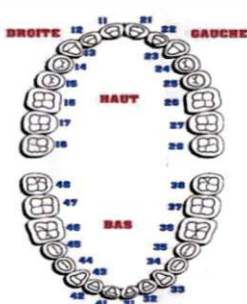

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX


SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES														
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture 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											
														
			Coefficient des Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution											
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux											
	<table border="1" style="width: 100%; font-size: x-small;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G	Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	00000000	00000000												
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)														
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession														
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution												
VOLET ADHERENT NOM : Mle														
DECLARATION N° W18-388211														
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	Cachet MUPRAS											
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle														

A. M. O

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-388211	DATE DE DEPOT/...../201...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2289	Signature de l'adhérent 
Nom & Prénom DNACH Mousapha			
Fonction : Remont	Phones 066680376		
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Complément			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
		Signature et cachet du Pharmacien	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM PC IM IV			
		CACHET	

الأستاذ رشيد الجرْمُونِي الأدريسي Professeur R.JARMOUNI IDRISSE

اختصاصي في الأمراض الجلدية والتناسلية Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

Mme SADDY et DAME & Nayat

Casablanca, le 17.6.19 في الدار البيضاء.

39,7

Fucidine crème

20/ sur les lésions
du bras x 15

149,50

Kéacidal

1 sur sur 2 sur
les lésions pointues
sur chaque bras

189,20

Dr JARMOUNI IDRISSE
DERMATOLOGUE

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L. A.U.
140 Lot Smiraida Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07


Sur Rendez-vous

بالموعد

203, Bd. Zerktouni - Résidence Ben Ham - 4^{ème} étage - Casa - البيضاء - الرابع - الطابق - إقامة بن حام الزرقطوني 203.

الفاكس : 05 22 36 43 68 - الهاتف : 05 22 36 43 17/27

GSM: 06 48 12 22 62 - Email: cabinetdermatologie.jr@gmail.com

 الضمان الاجتماعي CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم
	Relevé périodique des prestations AMO		Page 1 / 1
Emis à : CASABLANCA Le : 01/08/2019		أصدر ب : بتاريخ :	الصفحة
N° d'immatriculation 133442633 Règlements de la période du : 01/07/2019 : من au : 31/07/2019 : إلى		Destinataire SAOUDI NAJAT LOT ATTADAMOUN RUE NO 2 IMM NO 78 RDC NO 2 CHERAM OULFA 20200 CASABLANCA-MAROC	

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 استقذتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

مبلغ التعويض	تاريخ إرسال الأداء	نسبة التعويض	أساس التعويض	الكمية	المعامل	التعريفية المرجعية	مبلغ المصاريف	مهنيو الصحة	العمليات	تاريخ العلاج	رقم الملف
Montant remboursé	Date d'envoi du paiement	Taux de remboursement %	Base de remboursement	Quantité	Coeff.	Tarif de référence	Montant de la dépense	Prestataires de soins	Actes	Date de soins	Numéro de dossier
SAOUDI NAJAT											
105,00	25/07/2019	70,00	150,00	1,00	1.0	150,00	350,00	MEDECIN SPECIALISTE	CS	17/06/2019	54495579
19,60	25/07/2019	70,00	28,00	1,00	1.0	28,00	189,20	PHARMACIE	PH	17/06/2019	54495579
Total remboursé											124,60
Total général remboursé											124,60

- 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

المزيد 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