

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 Étage 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

Déclaration de Maladie

N° W21-644747

Complément 80568

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4726 Société : CAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Rebraite
Nom & Prénom : BELOUCH Nohamed
Date de naissance : 01/01/1955
Adresse : 10 Rue EL Farabi hay Yasmine Berrechid
Tél. : 0663180297 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 12/05/2021
Nom et prénom du malade : Zineidine Samira 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 : Berrechid Le : 26/05/2021
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-644747

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



urserment prise par la
u respect des conditions
ni précède.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دأكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء الحظ - الهاتف: 080 203 3333
CNSR, Place de DAKAR Casablanca BP 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO			مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF: 610-2-06
	Référence structurée : 210706256816011		Emis à Casablanca le : 01/07/2021	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة		ZINEDDINE SAMIRA 10 RUE EL FARABI YASSMINA BERRECHID 2610	
	N° d'immatriculation : 165948930 Règlement du mois : 07/2021 Mode de paiement : Virement			
Informations :				

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Montant remboursé
ZINEDDINE SAMIRA										
092543688	12/05/2021	CNP	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	190,00	1,00	1,00	190,00	70	133,00
092543688	12/05/2021	PH	PHARMACIE	201,00	201,00	1,00	1,00	201,00	70	140,70
Total remboursé pour SAMIRA										273,70
Total général remboursé										273,70

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Docteur Youssef MOHI

Psychiatre-Psychothérapeute

Ex-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Berrechid

Consultation sur rendez-vous

الدكتور يوسف موحى

أخصائي في الطب النفسي والعلاج النفسي

المدير السابق بمستشفى الأمراض العقلية ببرشيد

بالموعد



L.N.P.: 061 01 19 53



061 01 19 53

ORDONNANCE

Nom

ZINEDDINE SAMINA

12 MAI 2021

le / / 20

201.00

NODEP 50



PHARMACIE YASMINA
77 RUE IBRAHIM
HAY Yasmine Berrechid
Tél: 05 22 53 30 88
12/05/2021
00118412550

1/2 - 0 - 0

4: (03) TMS (m)

201.00

Dr. Youssef MOHI
Psychiatre - Psychothérapeute
15, Bd. Mohamed V Lot A Youri 1
er Etage 26100 - Berrechid
Tél. 0522 33 66 11 Gsm 0662 47 15 92

PHARMACIE YASMINA
77 RUE IBRAHIM
HAY Yasmine Berrechid
Tél.: 05 22 53 30 88

Le 12/08/2021 à 12h30