

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

- 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.

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

Déclaration de Maladie

N° W19-431678

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2509 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHIAOMI AFIFA

Date de naissance : 07/10/57

Adresse : HABITUALI

Tél. : 0661095613

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : ABH Le : 06/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-431678

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 : 2509

Nom de l'adhérent(e) : AFIFA

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

emboursement prise par la
née au respect des conditions
e ce qui précède.

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

[illegible]

 <p>الضمان الاجتماعي CNS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمرض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> * موافقة مسبقة * Entente préalable * </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> * تنفيذ * Exécution * </div> </div>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03 : Réf.</p>	REF : ANAM 120201
<p>N° Dossier :</p>			
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>		<p>خاص بالمؤمن له (لها)</p>	
<p>Nom et prénom : <u>S. A. T. R. I. A. b. d. e. l. i. c. a. t.</u></p>		<p>الإسم والعائلي والشخصي :</p>	
<p>N° Immatriculation : <u>1 1 1 6 4 4 0 6 1 0</u></p>		<p>رقم التسجيل :</p>	
<p>N° CIN : <u>A 8 0 0 6 7 9</u></p>		<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>	
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p>		<p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</p>	
<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج</p>		<p>Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p>	
<p>Adresse : </p>		<p>العنوان :</p>	
<p>Montant des frais : Dhs. درهم</p>		<p>مبلغ المصاريف :</p>	
<p>Nombre de pièces jointes :</p>		<p>عدد الوثائق المرفقة :</p>	
<p>Déclaration du Médecin traitant</p>		<p>تصريح الطبيب المعالج</p>	
<p>Bénéficiaire de soins</p>		<p>المستفيد من العلاجات</p>	
<p>Nom et prénom :</p>		<p>الإسم والعائلي والشخصي :</p>	
<p>Date de naissance : <u>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</u></p>		<p>تاريخ الميلاد :</p>	
<p>N° CIN : <u>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</u></p>		<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>	
<p>Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى</p>		<p>الجنس : *</p>	
<p>INPE et code à barres **</p>		<p>الرقم الوطني الاستدلائي والرقم المشفّر **</p>	
<p>Médecin traitant الطبيب المعالج</p>		<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p>	
<p>Type de soins</p>		<p>نوع العلاجات</p>	
<p>Admission ALD * : Oui</p>		<p>قبول المرض المزمن * :</p>	
<p>N° dossier ALD : <u>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</u></p>		<p>رقم ملف المرض المزمن :</p>	
<p>Code ALD : Maladie * <input type="checkbox"/> مرض *</p>		<p>رمز المرض المزمن :</p>	
<p>Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>		<p>استشفاء *</p>	
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p>		<p>أصبر بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p>	
<p>Fait à :</p>		<p>ب :</p>	
<p>Le : <u>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</u></p>		<p>في : <u>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</u></p>	
<p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)</p>		<p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>	

* Cocher la mention utile pour chaque case

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

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الدار البيضاء المحطة - ب. 2186 - الدار البيضاء م.ب.

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Cas. Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 333

CIM-10			
--------	--	--	--

10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision[illegible]

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي التمويل والتأمين CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06
	Référence structurée : 190989137936007	Emis à Casablanca le : 17/09/2019	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 176440610 Règlement du mois : 09/2019 Mode de paiement : Virement	SRAIRI ABDELILAH LOT IZDIHAR N° 10 SID EL ABED SKHIRAT TEMARA 1204	
	Informations :		

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
SRAIRI ABDELILAH										
065854532	29/06/2019	CSC	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	85	212,50
065854532	29/06/2019	B	BIOLOGIE	840,00	1,10	950,00	1,00	1 045,00	85	714,00
065854532	29/06/2019	PH	BIOLOGIE	779,10	779,10	1,00	1,00	779,10	85	662,24
Total remboursé pour ABDELILAH										1 588,74
Total général remboursé										1 588,74

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Echo-doppler cardiaque et vasculaire
Doppler artériel et veineux, Epreuve d'effort, Holter tensionnel et E.C.G

Docteur Jamal AGOUMY
CARDIOLOGUE

Diplômé de la faculté de Médecine de Lyon
Diplômé d'Echographie Doppler Cardiaque
Diplômé de Cardiologie Nucléaire



الدكتور جمال أگومي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب بليون

Rabat, le 29.06.19

SPATRI Abdelilah

46,40x3
139,20

ALTER F.

27,70x3
83,10

CARDIOVASCULAIR 1w

97,60x3
292,80

REDUP 2w:

44,00x6
264,00

CARDIO G. M:

2x2x15
INPE: 102075892

779,10\$

IZIDHAR
EL HADDAD
Harhoura - Témara
Tél: 05 37 62 67 79
INPE: 102075892



أقامة المأمونية (ستيام سابقا) مدخل (ب) رقم 16 زاوية زنقة بيروث - الحسنة الثاني - الرباط
Urgence: Clinique Rabat Zear 05 37 65 65 65 - المستعجلات - 05 37 20 21 69 - الفاكس - 05 37 70 34 72 - الهاتف
Résidence Mamounia (Ex. CTM) - Entrée B - App 16 - Angle Rue Beyrouth - Av. Hassan II - Rabat - Tél.: 05 37 70 34 72
Fax: 05 37 20 21 69 Patente: 25100078 - I.F.: 33414402 - CNSS: 2446319 - E-mail: jagoumy@hotmail.com
INP: 101003275

**CABINET DE CARDIOLOGIE
ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES**

Echo-doppler cardiaque et vasculaire

Doppler artériel et veineux, Epreuve d'effort, Holter tensionnel et E.C.G

Docteur Jamal AGOUMY
CARDIOLOGUE

Diplômé de la faculté de Médecine de Lyon
Diplômé d'Echographie Doppler Cardiaque
Diplômé de Cardiologie Nucléaire



الدكتور جمال أگومي

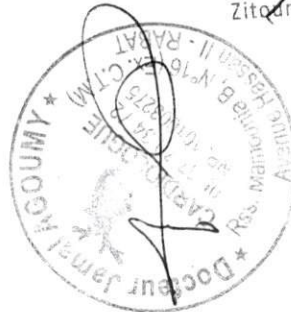
اختصاصي في أمراض القلب والشرابين
خريج كلية الطب بليون

Rabat, le 29.06.19

SHARI Abdilah

MPG - CT
Ensayo. Mui cat - De. mpu GPO
OHH. T - cor - TG
Mugan - wox
P8A

Laboratoire ZITOUNE
6, Rue Al Karmi - Rabat
Tél: 05 37 70 19 91
Zitouni.1991@gmail.com



إقامة المامونية (ستيام سابقا) مدخل (ب) رقم 16 زاوية زنقة بيروت شارع الحسن الثاني - الرباط
Urgence : Clinique Rabat Zear 05 37 65 65 65 : المستعجلات : 05 37 20 21 69 - الفاكس : 05 37 70 34 72 : الهاتف
Résidence Mamounia (Ex. CTM) - Entrée B - App 16 - Angle Rue Beyrouth - Av. Hassan II - Rabat - Tél. : 05 37 70 34 72
Fax : 05 37 20 21 69 Patente : 25100078 - I.F. : 33414402 - CNSS : 2446319 - E-mail : jagoumy@hotmail.com
INP : 101003275

**CABINET DE CARDIOLOGIE
ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES**

**Echo-doppler cardiaque et vasculaire
Doppler artériel et veineux, Epreuve d'effort, Holter tensionnel et E.C.G**

**Docteur Jamal AGOUMY
CARDIOLOGUE**

Diplômé de la faculté de Médecine de Lyon
Diplômé d'Echographie Doppler Cardiaque
Diplômé de Cardiologie Nucléaire



الدكتور جمال أگومي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب بليون

Rabat, le 29/06/19

SR Mior Abdelilah

Je t

Compte + 66 = 3003n

DOCTEUR J. AGOUMY
CARDIOLOGUE
Rés. Mamounia (Ex. CTM)
Av. Hassan II - Rabat
Tél.: 05 37 70 34 72 - 06 63 13 05 07
INP : 101003275

إقامة المامونية (ستيام سابقا) مدخل (ب) رقم 16 زاوية زنقة بيروت شارع الحسن الثاني - الرباط
الهاتف : 05 37 70 34 72 - الفاكس : 05 37 20 21 69 - المستعجلات : 05 37 65 65 65
Urgence : Clinique Rabat Zear
Résidence Mamounia (Ex. CTM) - Enrée B - App 16 - Angle Rue Beyrouth - Av. Hassan II - Rabat - Tél. : 05 37 70 34 72
Fax : 05 37 20 21 69 Patente : 25100078 - I.F. : 33414402 - CNSS : 2446319 - E-mail : jagoumy@hotmail.com
INP : 101003275