

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



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

Déclaration de Maladie

M23-002424

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7673 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENBIHI Tyani 164532
Date de naissance : 13.03.1946
Adresse : B.P. 213 51000 El Hajeb
Tél. : 0661316261 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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 : El Hajeb Le : 03 / 06 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

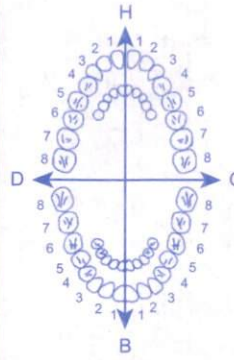
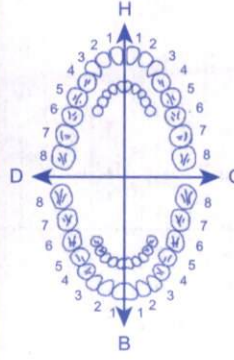
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|---|---|------------------|-------------|--|---|
|  | | | | 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
|  | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

| Description des actes effectués | | | | وصف العمليات المجرأة | |
|--|--------------------------------|--|-----------------------------------|--|--|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP | المبلغ المفوتر Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant | |
| 04.04.23 | CS + ECG de repos | | 300,00 D.H | Dr. DRAOUI KHALID CARDIOLOGUE Place 2 Septembre, Rés. Ennakhil 3 ^{ème} Etage, N° 10 - Meknès Tél : 05.35.51.00.50 | |
| INPE et code à Barres 1 3 1 2 5 8 1 3 9 | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | |

CIM-10

| Actes Paramédicaux | | | | | عمليات المساعدين الطبيين | |
|----------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP | عدد العمليات Nbre d'actes | المبلغ المفوتر Montant facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical | |
| | | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | | |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

| Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie | | | | عمليات الإحياء، الأشعة والصور | |
|---|--------------------------------|---|--------------------------------------|--|--|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP/NABM | المبلغ المفوتر Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste | |
| | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | |

| Jرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة | | |
|---|-------------------------------|--|
| Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis | | |
| تاريخ التنفيذ Date d'exécution | الثمن المفوتر Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux |
| 04/04/2023 | 639,60 | Pharmacie Nouvelle Mme DOUNYA MOHATTANE 42, Avenue Hassan II El Hajeh Tél : 05 35 54 30 38 |
| INPE et code à Barres | | |
| INPE et code à Barres | | |

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

ANM n° 55217 DMF/21 NNP
6001098103001



6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

ANM n° 55217 DMF/21 NNP
6001098103001



6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

ANM n° 55217 DMF/21 NNP
6001098103001



6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

V14097701

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50



CARDIOLOGUE

Université de Liège - Belgique

Consultation | Echocardiographie | Electrocardiogramme

Test d'effort | Holter de rythme cardiaque | Holter de pression artérielle

Echographie de stress | Echographie par voie oesophagienne | Contrôle de Pacemaker

Meknès, le 4/4/23

NAIM NAÏMA (EPOUSE BENBIM)

184,00x3

① Tsiplexam 10/2,5/10mg

1/j ~ tin (Traitement de 3 mois)

87,60

② Nebilet 5mg

1/4 1/j ~ tin (1 Boite)

639,60

Dr. DRAOUI KHALID
CARDIOLOGUE

Place 2 Septembre, Rés. Ennakhil

3^{ème} Etage, N° 10 - Meknès

Tél : 05.35.51.00.50

Pharmacie DOUNYA MOHATTANI

Mme DOUNYA MOHATTANI

42, Avenue Hassan II

El Hajeb

Tél. : 05 35 54 30 38



131258139

ساحة 2 شتنبر، إقامة النخيل الطابق الثالث رقم 10 - مكناس (أمام القصر البلدي)

Place 2 septembre, Rés. Ennakhil, 3^{ème} Etage N° 10 - Meknès (en face du palais municipal)

cardiologiemeknes@gmail.com - Tél.: 05 35 51 00 50 - INPE : 131 258 139



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

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

Emis à : CASABLANCA
Le : 19/04/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 143641217

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 18/04/2023 : من
au : 18/04/2023 : إلى

Destinataire

المرسل إليه

NAIMA NAIM

Veuillez 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
استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

| مبلغ التعويض | تاريخ إرسال الأداء | نسبة التعويض | أساس التعويض | الكمية | المعامل | التعريف المرجعية | مبلغ المصاريف | مهنيو الصحة | العصيات | تاريخ العلاج | رقم الملف |
|----------------------|--|---------------------------------|-------------------------------|----------|---------|-----------------------|--------------------------|---|---------|------------------|-------------------|
| Montant remboursé | Date d'envoi du paiement | Taux de rembours- ement % | Base de rembour- sement | Quantité | Coeff. | Tarif de référence | Montant de la dépense | Prestataires de soins | Actes | Date de soins | Numéro de dossier |
| NAIMA NAIM | | | | | | | | | | | |
| 61,25 | 18/04/2023 | 0,00 | 0,00 | 1,00 | 1,00 | 0,00 | 639,50 | PHARMACIES D | PH | 04/04/2023 | 112388754 |
| 175,00 | 18/04/2023 | 70,00 | 250,00 | 1,00 | 1,00 | 250,00 | 300,00 | OFFICINES CARDIOLOGIE | CSC | 04/04/2023 | 112388754 |
| 304,08 | 18/04/2023 | 0,00 | 0,00 | 12,00 | 1,00 | 0,00 | 512,00 | PHARMACIES D | PH | 04/04/2023 | 112388753 |
| 462,00 | 18/04/2023 | 70,00 | 660,00 | 1,00 | 600,00 | 660,00 | 675,00 | OFFICINES LABORATOIRES D | B | 04/04/2023 | 112388753 |
| 105,00 | 18/04/2023 | 70,00 | 150,00 | 1,00 | 1,00 | 150,00 | 250,00 | ANALYSES ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES | CS | 04/04/2023 | 112388753 |
| 1107,33 | Total remboursé مجموع مبلغ التعويض | | | | | | | | | | |
| 1107,33 | Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي | | | | | | | | | | |

- 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