

# 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'HI - 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**  
**M23-010022**

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2226 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 172932  
 Nom & Prénom : A. B. A. M. A.  
 Date de naissance : 21/01/57  
 Adresse : 15, RUE DE LA PAIX, 10000, CASABLANCA  
 Tél. : 0667 275501 Total des frais engagés : 824,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BECHER, Mohamed Age: 55 ans

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 : 23 / 02 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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

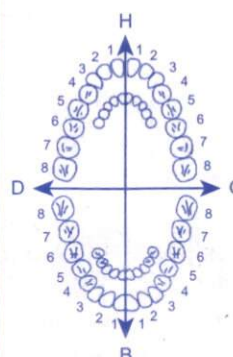
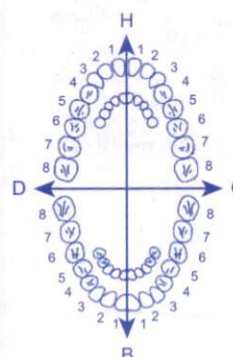
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veillez 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-between;"> <div>             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              11433553              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ivre

e soins par personne et par

doit être accompagnée de justificatives originales (factures, ....).

n de la personne soignée par les praticiens eux mêmes soins.

transmises doivent être codes à barres des

ns ainsi que les pièces être présentées à la CNSS qui suivent le premier acte traitement médical continu. le dossier doit être présenté 0) jours qui suivent la fin du

des frais engagés sera e la tarification nationale de

is ne peuvent donner lieu au e suite à accord préalable. ères est disponible auprès de

ix accidents du travail et nelles ne sont pas couverts.

able de fraude ou de fausse tenir des prestations qui ne issible des sanctions légales

rboursement prise par la ée au respect des conditions ce qui précède.

توقيع وطابع  
nature de l'Agence

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسله بالرمز الشريطي للأدوية المشتركة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفات الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ماسبق ذكره.

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

 <p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	REF. ANAM : 1.2.01.01
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution	مرجع رقم 610-1-02	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : BENCHERQT Mohamed

رقم التسجيل : 11610413171181

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 18161111319181

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse :

Montant des frais : 924,8 Dhs. مبلغ المصاريف : درهم

Nombre de pièces jointes : 22 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BENCHERQT Mohamed الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 1213143119181 تاريخ الازدياد :

N° CIN : 18161111319181 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : M ☒ ذكر F ☐ أنثى الجنس :

INPE et code à Barres : الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر

Médecin traitant : 0210103121581 الطبيب المعالج

Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية

Type de soins : نوع العلاجات

Hospitalisation ☐ إستشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☐ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصدق كل ما ذكر أعلاه

Fait à : 1213143119181 ب : 1213143119181

Le : 1213143119181 في : 1213143119181

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins



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 : 23/05/2023

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 160473718

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 23/05/2023 : من  
au : 23/05/2023 : إلى

Destinataire

المرسل إليه

BENCHERQI MOHAMMED

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.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العلاجات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
BENCHERQI MOHAMMED											
98534459	12/05/2023	CNP	NEUROLOGIE	500,00	190,00	1,00	1,00	190,00	70,00	23/05/2023	133,00
98534459	12/05/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	424,80	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	23/05/2023	297,36
Total remboursé											430,36
Total général remboursé											430,36

- Sauf erreur ou omission

- ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

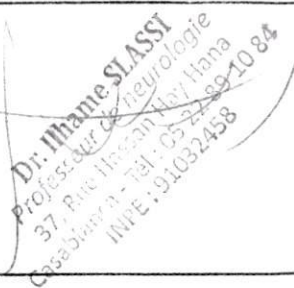
merci de visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile  
ou appeler notre serveur vocal au numéro  
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://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



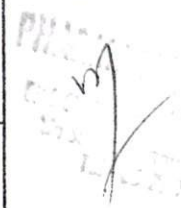
Date des actes	Code des actes	Lettre clé cotation NGAP	Montant facturé	Signature et Cachet du médecin traitant
12/05/23	CS		500DH	 <p>Dr. Hanae SI ASSI Professeur de Neurologie 37 Rue Hassan May Hana Casablanca - Tel : 05 22 89 10 84 INPE : 91032458</p>
INPE et code à Barres 10101013214518				
INPE et code à Barres 111111111111				

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 111111111111					
INPE et code à Barres 111111111111					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

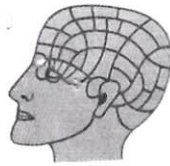
Cotation NGAP / NABM		facturé	ou B
INPE et code à Barres 111111111111			
INPE et code à Barres 111111111111			

تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	أو ممون التجهيزات Signature et Cache Fournisseurs des
12/05/23	424,80	
INPE et code à Barres 10101013214518		
INPE et code à Barres 111111111111		

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

Docteur Ihame SLASSI CHRAIBI

Professeur de Neurologie



الدكتورة إلهام السلاسي الشرايبي

أستاذة اختصاصية في أمراض الدماغ

و أمراض الجهاز العصبي

12/05/2023

Casablanca, le .....

MR BENCHERQI MOHAMED

126,80

• No-dep 50 mg - comprimé

1 Comprimé, matin, pendant 2 mois

98,-

• Madopar 250 mg - comprimé quadrisécable

1/4 Comprimé, matin, pendant 3 jours Puis 1/4 Comprimé, matin, Après-midi,

pendant 3 jours Puis 1/4 Comprimé, matin, midi, soir, à distance des repas, pendant 6 semaines

424,80

PHARMACIE EL MAD CASI

CAS Chabab, 1  
Sin Seboua  
Tél: 05 22 99 16

Dr. Ihame SLASSI  
Professeur de neurologie  
37, Rue Hassan Hay Hana  
Casablanca - Tél: 05 22 99 10 84  
INPE: 01032458

RUT scree

37, Rue de Hassane Hay Elhana Casablanca - Tél.: 0522 89 10 84

INPE 091032458 ICE 002906584000082

Distribué par Roche S.A. ○  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
N° 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



Docteur Ilhame SLASSI CHRAIBI

Professeur de Neurologie



الدكتورة إلهام السلاسي الشرايبي

أستاذة اختصاصية في أمراض الدماغ

و أمراض الجهاز العصبي

12/05/2023

Casablanca, le .....

MR BENCHERQI MOHAMED

- Faire: Psychothérapie de soutien,

Sd Park, insomnie, facteurs de risque vasc et relation patho au travail avec STRESS.  
Relation patho avec ses enfants: inversion des rôles. Nécessité un changement  
d'optique de rapport au travail de priorisation de sa sante, d'adopter une meilleure  
hygiène de vie et de se prendre en main sans être pris en faute par ses enfants.. 10  
séances

Dr. Ilhame SLASSI  
Professeur de neurologie  
37, Rue Hassan Hay Hana  
Casablanca - Tél : 05 22 89 10 84  
INPE : 91032458

37, Rue de Hassane Hay Elhana Casablanca - Tél.: 0522 89 10 84  
INPE 091032458 ICE 002906584000082