

## 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 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° W21-792163

173525

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8876

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ALLAL SOUD

Date de naissance :

Adresse :

10 Rue Amou Wagt Bougagne

Tél. :

066278325

Total des frais engagés :

2937,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

31 AOUT 2023

Nom et prénom du malade :

com pleuat

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie :

com joint

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 :

Le : / /

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
				INP : <input type="text"/>

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 Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	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 type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

soins par personne et par

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

de la personne soignée et les praticiens eux mêmes soins.

transmises doivent être codes à barres des

ainsi que les pièces doivent être présentées à la CNSS qui suivent le premier acte de traitement médical continu. Le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du

des frais engagés sera la tarification nationale de

ne peuvent donner lieu au versement à accord préalable. Ce versement est disponible auprès de

accidents du travail et les autres ne sont pas couverts.

ble de fraude ou de fausse déclaration des prestations qui ne sont pas soumises aux sanctions légales

boursement prise par la CNSS au respect des conditions de versement qui précède.

Signature de l'Agence

Signature de l'Agence

### تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض، 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 المشتراة.

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 التعريفية 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 و كل ما سبق ذكره

	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>	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 : **JAIDI NOURAD**

رقم التسجيل : **11997099110**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **1141911011**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse : **2937, 10 Dhs**

Montant des frais : **2937, 10 Dhs**

عدد الوثائق المرفقة : **1**

Declaracion du medecin traitant

Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : **JAIDI NOURAD**

Date de naissance : **11/11/1999**

N° CIN : **1141911011**

الجنس : **M** ذكر ☒ أنثى ☐

INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins

Hospitalisation ☐ استشفاء ☐ 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 : **2937, 10 Dhs**

Le : **11/11/1999**

Signature de l'assuré(e)

Signature de l'assuré(e)

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
20-05-2023				cf. neurophysiologie neurovasculaire
INPE et code à Barres 2611313111				
INPE et code à Barres 1111111111				

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين					Actes Paramédicaux
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 1111111111					
INPE et code à Barres 1111111111					

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	Montant facturé	Signature et Cachet du Biologiste
INPE et code à Barres 1111111111				
INPE et code à Barres 1111111111				

يتم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	صيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pl Fournisseurs des dispos
20.05.2023	29.85,00	
INPE et code à Barres 1111111111		
INPE et code à Barres 1111111111		

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



البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري

Rélevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

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

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب  
Le : 10/07/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 199709910 رقم التسجيل  
Règlements de la période : من : 10/07/2023 : أداءات الفترة  
du : 10/07/2023 : إلى  
au : 10/07/2023 : إلى

Destinataire المرسل إليه  
JAIDI MOURAD

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  
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	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
JAIDI MOURAD											
114719715	20/05/2023	PH	PHARMACIES D	2925,00	0,00	1,00	15,00	0,00	0,00	10/07/2023	2020,27
114719715	20/05/2023	CG	OFFICINES NEUROLOGIE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	10/07/2023	0,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											2020,27
Total général remboursé مبلغ التعويض الإجمالي											2020,27

- 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

دار المؤمن - ساحة داكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 0522 54 86 07 فاكس: 0522 54 86 73  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73



# المصحة الأوروبية للدار البيضاء

## CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA

Chirurgie cardio-vasculaire / Cardiologie - Neuro-chirurgie - Chirurgie thoracique - Chirurgie orthopédique - ORL  
Chirurgie esthétique - Urologie / Gynécologie - Chirurgie digestive et de l'obésité - Endoscopie digestive - Réanimation  
24h/24 Urgences - Radiologie : - IRM 1,5T - Scanner 64B/128 - Echographie & doppler

### Ordonnance

Casablanca, Le 20/05/2019

Pharmacie Lahjajma  
ZEMMAMA Nadia  
Avenue du Phare - Résidence  
Taghazout - Casablanca  
Tél : 05 22 29 35 64

Mr. Nourad

① Loxon 0,4cc

Pharmacie Lahjajma  
ZEMMAMA Nadia  
Avenue du Phare - Résidence  
Taghazout - Casablanca  
Tél : 05 22 29 35 64

② Aspiric 100mg

Pharmacie Lahjajma  
ZEMMAMA Nadia  
Avenue du Phare - Résidence  
Taghazout - Casablanca  
Tél : 05 22 29 35 64

③ DMR 150mg

Pharmacie Lahjajma  
ZEMMAMA Nadia  
Avenue du Phare - Résidence  
Taghazout - Casablanca  
Tél : 05 22 29 35 64

(349,00 x 6)

(138,10 x 2)

HA 3000

80 x 4)

(155,90 x 3)

209,25 - 00

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B2

P.P.V. : 138DH10



6 118001 080472

**LD-NOR 40mg**

30 comprimés pelliculés



6 118000 082255

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

**LD-NOR 40mg**

30 comprimés pelliculés



6 118000 082255

**Sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sebaâ Casablanca  
Lovenox 4000UI anti-Xa Inj b2

P.P.V. : 138,10 DH



6 118001 080472

**LD-NOR 40mg**

30 comprimés pelliculés



6 118000 082255

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



118000 061113