

## 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'FI  
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

M23-012950

173 974

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10597 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAOURI ABDELMEJID

Date de naissance : 04-05-1953

Adresse : 48, RUE LA GARE LOT LAADIRI, BERRECHID

Tél. : 0678519383 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 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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



### 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

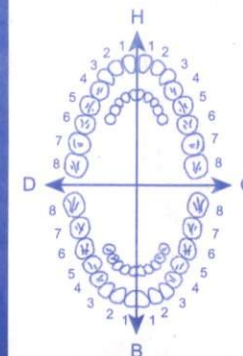
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

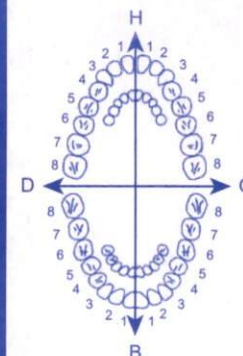
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

	N° d'immatriculation	199385710	رقم التسجيل	SAOUDI ASMAA
	Règlements de la période		أداءات الفترة	
	du : 25/08/2023	من	au : 25/08/2023	إلى

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجنون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.


مبلغ التعويض	تاريخ إرسال الأداء	نسبة التعويض	أساس التعويض	الكمية	المعامل	التعريف المرجعية	مبلغ المصاريف	مهنيو الصحة	التعليقات	تاريخ العلاج	رقم الملف	
Montant remboursé	Date d'envoi du paiement	Taux de remboursement %	Base de remboursement	Quantité	Coef.	Tarif de référence	Montant de la dépense	Prestataires de soins	Actes	Date de soins	Numéro de dossier	
SAOUDI ASMAA												
107.80	25/08/2023	0.00	0.00	2.00	1.00	0.00	154.00	PHARMACIES D OFFICINES	PH	01/08/2023	129703651	
1575.00	25/08/2023	70.00	2250.00	1.00	180.00	2250.00	3000.00	CHIRURGIE DENTAIRE	D754	01/08/2023	129703651	
Total remboursé											مجموع مبلغ التعويض	1682.80
Total général remboursé											مبلغ التعويض الاجمالي	1682.80

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



Instructions à suivre		تعليمات يجب اتباعها	
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.		
La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).	يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).		
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par mes praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.	يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.		
Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.	يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة و أئمتنها بالوصفات المرسلة.		
La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.	يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.		
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.	سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.		
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.	الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.		
Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.	كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.		
L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.	حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.		
توقيع و طابع الوكالة Cachet et Signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO		
Identification de l'agent : .....	تاريخ الإستلام : .....		
Date de dépôt du dossier : .....	Date d'arrivée : .....		

ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	
		مرجع رقم : 610-1-04	
موافقة مسبقة* Entente préalable*		تنفيذ* Exécution*	
Partie réservée à l'assuré (e) (لها)			
Nom et prénom : <u>Soudi Asmaa</u>		الاسم العائلي و الشخصي :	
N° Immatriculation : <u>199385710</u>		رقم التسجيل :	
N° de la Carte d'Identité Nationale : <u>BE 54694</u>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*		علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها)*	
Adresse : <u>48, Rue Mohamed Lot Lamini</u> <u>Berrechid</u>		العنوان :	
Montant des frais : <u>3654,00</u> Dhs.		مبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes : <u>05</u>		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان			
Bénéficiaire des soins :		المستفيد من العلاجات :	
Nom et prénom :		الاسم العائلي و الشخصي :	
Date de naissance :		تاريخ الإزدياد :	
N° de la Carte d'Identité Nationale :		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe* :		الجنس* :	
Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج			
N° INP : <u>06012321</u>		الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :	
Type de soins :		نوع العلاجات :	
Soins* :		علاجات* :	
Prothèse* :		البنية السنية* :	
Orthodontie faciale* :		تقويم الأسنان الوجهي* :	
Autres* :		علاجات أخرى* :	
N° Entente préalable :		رقم الموافقة المسبقة :	
En cas d'accident précisez :		في حالة حادث. يرجى تحديد ما يلي :	
Date d'accident :		تاريخ :	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	
Fait à :		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Le :		Fait à :	
في :		في :	
توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)		توقيع و طابع طبيب الأسنان Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste	
Date d'arrivée :		Date de dépôt du dossier :	

- INP : Identification National du Praticien  
- \* Cocher la mention utile pour chaque case

دار المومن - ساحة دكار بالدي البيضاء صرب 2186 الدار البيضاء المعطة - الهاتف 05 22 54 86 73 الفاكس : 05 22 54 86 73 الموقع على الانترنت : www.cnss.ma  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P 2186 Casa-Gare-Téléphone : 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 73 - Web : www.cnss.ma  
مركز الإتصال 08200 7200





DOCTEUR ILHAM EL.KHADDARI

Chirurgien Dentiste



الدكتورة إلهام الخضاري

طبيبة جراحية للأسنان

Berrchid, le : 04.10.8123 برشيد، في

SAOUDI ASMAA

132.00

☒ **ACLAV 1g**

1 sachets 2 fois/j pendant 8j

22.00

☒ **MOLGAM 200 mg**

2 cp/j pdt 5jrs

☐ **KOPRED 20 mg**

3cp en seuls prise matin pdt 5j

☐ **DOLOSTOP 1g**

1cp tous les 6h pdt 24h

☐ **BIDONTOGYL**

1CP /2fois / pdt 8 jours

☐ **Omiz 20 mg**

T= 454.00

Pharmacie 2000  
Docteur Kadiri L. Zineb  
22, Bd Mohamed V - BERRECHID  
Tél: 05 22 32 44 33

DR. ILHAM EL KHADDARI  
Bd. Mohamed V N°137 Route Boussekoura  
BERRECHID - Tél: 05 22 32 44 33

شارع محمد الخامس الرقم 137 طريق بوسكورة برشيد- الهاتف: 05 22 32 44 33  
Bd.Mohamed V N 137 Route Boussekoura Berrechid - Tél: 05 22 32 44 33

ACLAV 1g/125mg Poudre pour  
suspension buvable, 16 sachets



6 118000 091769

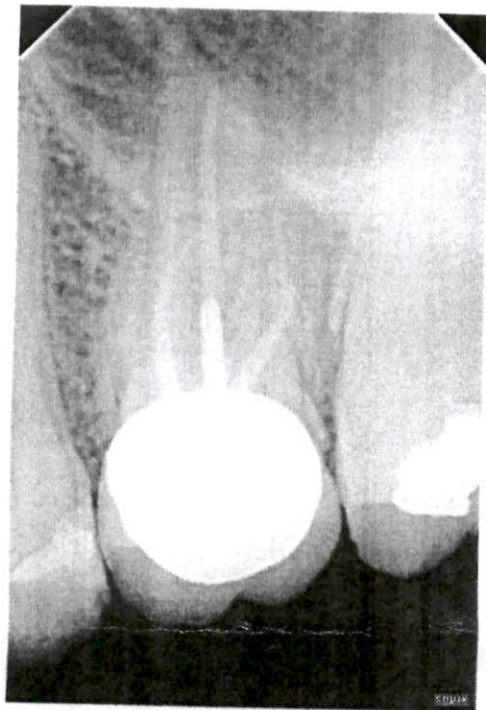
Molgam 200mg boîte de 10 comprimés



6 118000 091998

Dr ILHAM ELKHADDARI

saoudi asmae



Date du cliché : 05/08/2023

Localisation : 26

Commentaire :

Date du cliché : 10/07/2023

Localisation : 26

Commentaire :

Dr. Ilham EL KHADDARI  
Médecin Dentiste  
Bd. Med V N°137 Route Boussejoura  
BERRECHID - Tél: 0522 32 44 33



DOCTEUR ILHAM EL KHADDARI

Chirurgien Dentiste

Bd Mohamed V N° 137

Route Bouskoura

Berrechid - Tél : 05 22 32 44 33



الدكتورة الهام الخضاري

طبيبة جراحة الاسنان

شارع محمد الخامس

الرقم 137 طريق بوسكورة

برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 33

Berrechid, le 07/08/23 برشيد في

SAOUDI ASMAA

FACTURE:

26 IC + CCM = 280 + 180  
= 500dh + 3000dh

TOTAL = 3500dh

Dr. Ilham EL KHADDARI  
Médecin Dentiste  
Bd. Med V N° 137 Route Boussekoura  
BERRECHID - Tél.: 0522 32 44 33