

# 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'H-  
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

M23-010342

Complémentaire

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1494 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENKAD MIR MOSTAPHA  
Date de naissance : 03-06-1954  
Adresse : 19, RUE BAALABAK ETG 2 N°6  
BENJOLA - CASA ROUD  
Tél. : 06 33 30 33 63 Total des frais engagés 20042425,70 + 130 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLÉMENTAIRE

Date de consultation : 20/07/2023  
Nom et prénom du malade : DUADES FOUZIA Age : 68  
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 : CASA Le : 06/09/2023  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

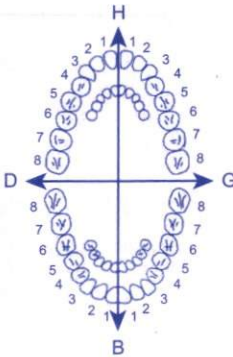
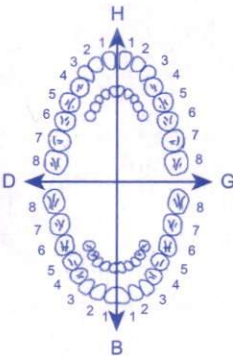
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  <b>G</b>  00000000  35533411  <b>B</b> </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

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.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

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.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## 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 المشتركة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الانبثاقية 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بطلب 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

	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Ref: ANAM / L.2010
	Feuille de Soins Maladie		مرجع رقم 610-1-02	
الضمان الاجتماعي Fonds de Sécurité Sociale CNSS Le devoir de vous protéger	موافقة مسبقة Entente préalable *	تنفيذ Exécution *		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : OUADES FOUZIA الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 1416121181411131 رقم التسجيل :

N° CIN : 181-13131914161 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :

Conjoint ☐ زوج Moi-même ☒ ابن ☐ Enfant

Adresse : 19, Rue BARLABAK ETG 2 NS6 BORDJ - ALGER العنوان :

Montant des frais : 2425,30 Dhs مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : 3 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : OUADES FOUZIA الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 1414111111111111 تاريخ الميلاد :

N° CIN : 181-13131914161 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : ☐ M ذكر ☒ F أنثى الجنس :

INPE et code à barres \* الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المسمى :

Medecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	--

Type de soins \* نوع العلاجات :

Hospitalisation ☐ استشفاء ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادثة ☒ Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus  
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : 21/08/2023 ب : في  
Le : 21/08/2023 في : في

توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus  
sincères et véritables  
أصرح بمصادقية وصحة  
المعلومات المذكورة أعلاه


Fait à : 20/08/2023 ب : في  
Le : 20/08/2023 في : في

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

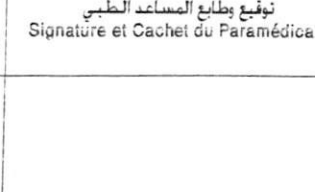
توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	تاريخ الاستلام
Date de dépôt du dossier :	Date d'arrivée :

\* Cocher la mention utile pour chaque case  
\*\* Accrocher l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code \*

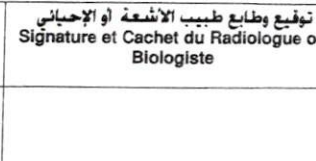


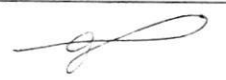
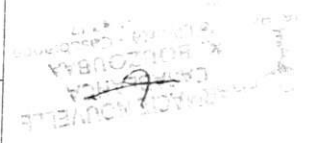
Description des actes effectués				وصف العمليات المجرة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
20/07/23		C	20000		
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _					
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 الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
20.07.23	113.30		INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _	
20-07-23	2425,70		INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _	
092045483			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

Mobac 15

61,50 x 6  
34,40 x 1

18/2

Aulcer fel 20

102,00 x 1

1 gel soir

x 03  
mois

Tanacet 1000/50

1 0 1 x

437,00 x 2



mois

Total = 2425,70

4

Dr. Abdelfettah IDRISSE KAITOUNI

Expert Assermenté près les Tribunaux

MEDECINE GENERALE

Echographie

Electrocardiographie

Visite médicale pour permis de conduire

الدكتور عبد الفتاح إدريسي قيطوني

خبير محلف لدى المحاكم

الطب العام

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص الطبي لرخصة السفافة

الدار البيضاء، فلي

Casablanca, le

20/07/23

Male Fouzi

PHARMACIE NOUVELLE

29/07/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

28/06/23

Oudades

Anxiol 6mg (ou Zepam 6mg)

113.30 x 1

113.30 x 5

Depakine

Chrono

Stilnox

18 Soir

14950 Curaflex

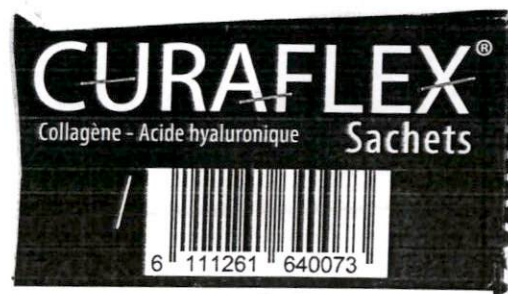
15/2

4

GH25B PO: 35 - مشرع الفردوس - الألفة - البيضاء

3, Imm PO: 35, GH25B, OP El firdaous - El Oulla - Casablanca

GSM: 06 61 15 52 73 - Tél: 05 22 93 22 13 - E-mail: ikaitouni@hotmail.com



**AULCER® 20 mg**  
28 Gélules

6 118001 220038

P.P.V: 437,00 DH.

**Mobic® 15 mg**  
Meloxicam  
7 comprimés sécables

6 118000 042044



P.P.V: 437,00 DH.

**Mobic® 15 mg**  
Meloxicam  
14 comprimés sécables

6 118000 040569



**Mobic® 15 mg**  
Meloxicam  
14 comprimés sécables

6 118000 040569

**Mobic® 15 mg**  
Meloxicam  
14 comprimés sécables

6 118000 040569

**Mobic® 15 mg**  
Meloxicam  
14 comprimés sécables

6 118000 040569

**Mobic® 15 mg**  
Meloxicam  
14 comprimés sécables

6 118000 040569

**Mobic® 15 mg**  
Meloxicam  
14 comprimés sécables

6 118000 040569

**ANXIOL® 6 mg**  
30 comprimés quadriséables

6 118000 081111

**ANXIOL® 6 mg**  
30 comprimés quadriséables

6 118000 081111

**ANXIOL® 6 mg**  
30 comprimés quadriséables

6 118000 081111

**ANXIOL® 6 mg**  
30 comprimés quadriséables

6 118000 081111

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain Sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 113,30 DH

5 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain Sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30  
P.P.V : 113,30 DH

6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain Sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30  
P.P.V : 113,30 DH

6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain Sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 113,30 DH

5 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain Sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 113,30 DH

6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain Sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 113,30 DH

6 118001 081073

**ANXIOL® 6 mg**  
30 comprimés quadriséables

6 118000 081111

**ANXIOL® 6 mg**  
30 comprimés quadriséables

6 118000 081111

**ANXIOL® 6 mg**  
30 comprimés quadriséables

6 118000 081111

**ANXIOL® 6 mg**  
30 comprimés quadriséables

6 118000 081111


**ANXIOL® 6 mg**  
30 comprimés quadriséables

6 118000 081111



< **RELEVE\_23819...** ✎ :

000160184165

 <b>الضمان الاجتماعي</b> <b>CNSS</b>	<b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>		<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b> مرجع رقم : 610-2-06
	Emis à : CASABLANCA Le : 30/08/2023	إصدار ب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation : 160184117 Règlements de la période du : 30/08/2023 au : 30/08/2023	رقم التسجيل : أنباء الفترة : من : إلى :	<b>المرسل إليه</b> <b>Destinataire</b> OUDADES FOUZIA	

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 استقدمتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	التهنيت	مهنو لصحة	مبلغ المصاريف	المرجعة	التمهات	الكمية	أسس 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	Coef.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
<b>OUDADES FOUZIA</b>											
115884420	20/07/2023	C	MEDÉCINE GENERALE	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	30/08/2023	56,00
115884420	20/07/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	2539,00	0,00	1,00	24,00	0,00	0,00	30/08/2023	1503,25
<b>Total remboursé</b>											<b>1559,25</b>
<b>Total général remboursé</b>											<b>1559,25</b>

- 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

لتزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو بوابة المؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالخدمة على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام