

# 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.

M23-0026604

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

|                                |                                       |                                     |
|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Matricule :                    | 7780                                  | Société :                           |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :    |
| Nom & Prénom : KAN A Jecien    |                                       |                                     |
| Date de naissance :            |                                       |                                     |
| Adresse :                      |                                       |                                     |
| Tél. : 066151709               |                                       | Total des frais engagés : ..... Dhs |

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : .....

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pénéologie : .....

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) :



#### **RELEVE 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 Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

#### **(Création, remont, adjonction)**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Afaf EL YASSMINI  
الدكتورة عفاف الياسميني

Médecin Généraliste  
طبيبة عامة

الرحمه في : 24. 8. 13  
Errahma Le :

Kane Mériem  
24.8.13  
Sepia he  
782017  
1. Worms  
123.65 mm  
- Drosophilas  
40.00 mm  
- noptenko  
27 33

📍 GH 1 Imm, 10 Apprt 1, Andalous Errahma. (Pres de la mosquée Andalous)

📞 0522 69 22 77 ☎ 06 89 39 01 35 (Urgence)

✉ dr.afaf.elyassmini@gmail.com

**SEPCEN® 500 mg**

ciprofloxacine

10 comprimés pelliculés



**LOREUS® 5 mg**

Dextrométhorphan 30 Comprimés

Pelliculés

6 118000 041726

**SYNTHÉMÉDIC**

22 rue soubeir bneu al acouam raches  
noires casablanca

INEX U.M.

40 mg Cpr GR

Boîte 14

6410514P2INRO P.P.V. 123,60 DH

6 118001 020807

**NEOFORTAN® 40 mg**

10 comprimés effervescents

6 118000 032694

**ALGANTIL® 200 mg**

20 dragées

6 118000 00065

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie  
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence  
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute  
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière  
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste  
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste  
R-Z = Electro - Radiologie  
B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL  
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
- PREVENTORIUM  
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit  
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
- globaux comportant un ou plusieurs échelonnements  
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES  
- L'ORTHOPEDIE  
- LA REEDUCATION  
  
- LES ACCOUCHEMENTS  
- LES CURES THERMALES  
- LA CIRCONCISION  
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DEPOT



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 1598866

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : KANA Nenou veuve ESSBA A Mahawa

Matricule : 77.8 Fonction : Poste :

Adresse :

Tél. : 0661 5117 09 Signature Adhérent : C.J.

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ..... Age ..... / ..... / .....

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : .....

Nature de la maladie : .....

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances .....

.....

A ..... , le ..... / ..... / ..... Signature et cachet du médecin C.J.

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

1598866



Matricule N° : .....

Nom du patient : .....

Date de dépôt : .....

Montant engagé .....

Nombre de pièces jointes : .....

## **RELEVE 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**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature<br>du praticien | Dates des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|--------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                    | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....              |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....              |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....              |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....              |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....              |        |     |     |     | .....                              |



## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.



**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  
م رقم : 610-2-06

Page 1 / 1

الصفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation 110794049 رقم التسجيل  
Règlements de la période أداءات الفترة  
du : 05/09/2023 من  
au : 05/09/2023 إلى

Destinataire

KANA MARIEM

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

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

| رقم الملف                      | تاريخ العلاج  | العمليات | مهنيو الصحة            | مبلغ المصارييف        | التعريفة المرجعية  | المعامل               | الكمية   | أساس التعويض          | نسبة التعويض            | تاريخ إرسال الإداء       | مبلغ التعويض      |
|--------------------------------|---------------|----------|------------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|----------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------|
| Numéro de dossier              | Date de soins | Actes    | Prestataires de soins  | Montant de la dépense | Tarif de référence | Coeff.                | Quantité | Base de remboursement | Taux de remboursement % | Date d'envoi du paiement | Montant remboursé |
| <b>KANA MARIEM</b>             |               |          |                        |                       |                    |                       |          |                       |                         |                          |                   |
| 115845317                      | 24/08/2023    | C        | MEDECINE GENERALE      | 150,00                | 80,00              | 1,00                  | 1,00     | 80,00                 | 70,00                   | 05/09/2023               | 56,00             |
| 115845317                      | 24/08/2023    | PH       | PHARMACIES D OFFICINES | 343,40                | 0,00               | 1,00                  | 5,00     | 0,00                  | 0,00                    | 05/09/2023               | 120,89            |
| <b>Total remboursé</b>         |               |          |                        |                       |                    | مجموع مبلغ التعويض    |          |                       |                         |                          |                   |
| <b>Total général remboursé</b> |               |          |                        |                       |                    | مبلغ التعويض الاجمالي |          |                       |                         |                          |                   |
| <b>176,89</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](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

للزيد من المعلومات:  
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
او البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
او تطبيق الهاتف

او الاتصال بالمجبوب الإلكتروني على الرقم  
او الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

|   |   |   |
|---|---|---|
| <br>الصندوق الاجتماعي<br>CNSS<br>Le devoir de vous protéger | <b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b><br><b>Feuille de Soins Maladie</b> | مديرية التأمين الصحي الإجباري<br>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire<br>مرجع رقم : 610-1-02<br><small>Ref. ANAM : 12.01.01</small> |
| <input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * <input type="checkbox"/> تنفيذ *<br><small>Entente préalable      Exécution</small>      |   |   |

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **KANIA MENE** الإسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : **1110794049** رقم التسجيل :

N° CIN : **13K 9A454** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint  زوج

Enfant  ابن

Adresse : \_\_\_\_\_ العنوان :

Montant des frais : **493.40** درهم Dhs. مبلغ المصارييف :

Nombre de pièces jointes : **07** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **KANIA MENE** الإسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : **1971-01-01** تاريخ الازدياد :

N° CIN : **131111111111111111** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* : M  ذكر F  أنثى الجنس :

INPE et code à Barres\*\* الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر\*\*

|                  |                        |
|------------------|------------------------|
| Médecin traitant | Etablissement de soins |
| الطبيب المعالج   | المؤسسة العلاجية       |

|   |
|---|
| نوع العلاجات*   |
| - Hospitalisation <input type="checkbox"/> إستشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض |

|   |  |
|---|--|
| J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.<br>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه<br>في المعلومات المذكورة أعلاه | Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.<br>أصرح بمصداقية وصحة  |
| Fait à : <b>Le: 1971-01-01</b><br>في : <b>تونس</b><br>توقيع المؤمن له<br>Signature de l'assuré(e)                                     | Fait à : <b>Le: 1971-01-01</b><br>في : <b>تونس</b><br>توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية<br>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins |

- \* Cocher la mention utile pour chaque case

- أشطب الخانة المناسبة

- \*\* Accoller l'étiquette portant l'INPE ( Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

080 203 3333 الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء ص - ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف :

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333