

## 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.

COMPLÉMENTAIRE

## Déclaration de Maladie

N° W19-562596

 **MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

19/06

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01391

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SOUALY Mohamed

Date de naissance :

01-01-1958

Adresse :

Tnane californie, Saphir 4, Apt 18  
Ain chock Casablanca

Tél. : 070 11 32 064

Total des frais engagés : 409.50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : / Age : /

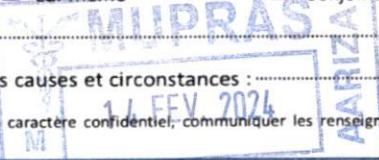
Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/02/2024

Soualy

# 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
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

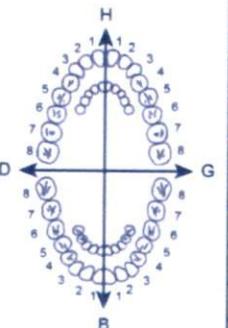
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

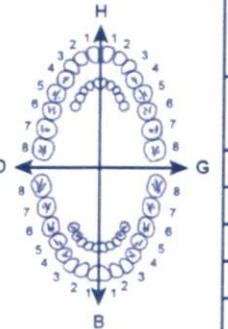
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



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:

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 183619729 رقم التسجيل  
Règlements de la période  
du : 06/02/2024 من :  
au : 06/02/2024 إلى :

Destinataire

ZIATT AMINA

المرسل إليه

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

تحدون أدناه محمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي  
استقدمت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	ال العمليات	مهنبو الصحة	مبلغ المصارييف	النهرفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	نسبة السعر
Numero 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
ZIATT AMINA											
148417252	02/01/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES	409,80	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	06/02/2024	315,55
<b>Total remboursé</b>											315,55
<b>Total général remboursé</b>											315,55

- 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

للتواصل من المعلومات:  
برهني زياره موقعنا الإلكتروني  
او الزيارة الإلكتروني للمؤمن لهم  
او خطيب الهاتف  
او التصال بالمحب الإلكتروني على الرقم  
او الاتصال بـ مركز الاتصال إلى الضمان على الأرقام



وصف العمليات المخبرية				
نوع العمليات	نوع العمليات	نوع العمليات	نوع العمليات	نوع العمليات
Date des actes	Code des actes	نوع العمليات	نوع العمليات	نوع العمليات
20/01/2024	CM-10	Lettre clé+ cotisation NGAP	Montant facturé	Signature et Cachet du Médecin traitant
INPI et code à Barres				
INPI et code à Barres				
INPI et code à Barres				

CM-10

مختبر المعاينات الطبية					
Actes Paramédicaux					
نوع العمليات	نوع العمليات	نوع العمليات	نوع العمليات	نوع العمليات	نوع العمليات
Date des actes	Code des actes	نوع العمليات	نوع العمليات	نوع العمليات	نوع العمليات
		Lettre clé+ cotisation NGAP	Nbre d'actes	Montant facturé	Signature et Cachet du Paramédical
INPI et code à Barres					
INPI et code à Barres					
INPI et code à Barres					

CM-10 : Classification internationale des Maladies - 10ème édition

مختبر الأجهزة الأشعة والصورة				
نوع العمليات	نوع العمليات	نوع العمليات	نوع العمليات	نوع العمليات
Date des actes	Code des actes	نوع العمليات	نوع العمليات	نوع العمليات
		Lettre clé+ cotisation NGAP / NASM	Montant facturé	Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPI et code à Barres				
INPI et code à Barres				

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع العمليات	النوع المعمول	نوع العمليات
Date d'exécution	Procédure	Procédure
02/01/2024	405,40	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
INPI et code à Barres		
INPI et code à Barres		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

