

# 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.

## Biologie 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

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0018989

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2826 Société : RAM 57638

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAETHI AMINA

Date de naissance : 21/09/57

Adresse : ROND-POINT EL-HABIB, BOULEVARD, au 10e étage n°3

APU SEBAA CASABLANCA

Tél. : 0667085501 Total des frais engagés : 1181,80 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 Le : 21/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = 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 kinsithérapeute
- 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
globaux comportant un ou plusieurs échelonnées  
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 se présenter 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



# MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX / 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS MU 029974

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : RACHIDE AMINA  
Matricule : 2826 Fonction : Retraitée Poste :  
Adresse : Residence CHABAB im 10 app 3 Zone D Ain Sabra Cas  
Tél. : 0667085901 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BOUCHERS, Mohamed Age 23 03 59  
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  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 029974  
Matricule N° : 2826  
Nom du patient : RACHIDE Amina  
Date de dépôt : 01.02.2021  
Montant engagé : 1181,60  
Nombre de pièces jointes : 04





## 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	Dates 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.

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

	MASTICATOIRE		CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	MONTANT DES SOINS
	(Création, remont, adjonction)		DATE DU DEVIS
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري

RELEVÉ DES PRESTATIONS  
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610 2 06

Référence structurée : 201200451941211

Emis à Casablanca le : 08/12/2020

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

BENCHERQI MOHAMMED  
RES CHABAB ZONE D IMM 10 N°3 AIN SBAA  
CASABLANCA 2000

N° d'immatriculation: 160473718

Règlement du mois : 12/2020

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
BENCHERQI MOHAMMED										
081358208	28/09/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
081358208	28/09/2020	B	BIOLOGIE	300,00	1,10	250,00	1,00	275,00	70	192,50
081359648	27/09/2020	PH	PHARMACIE	881,60	856,40	1,00	1,00	856,40	70	599,48
081359648	27/09/2020	CSC	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70	175,00
Total remboursé pour MOHAMMED										1 071,98
Total général remboursé										1 071,98

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



## تعليمات يجب إتباعها

soins par personne et par

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

de la personne soignée ir les praticiens eux mêmes oins.

transmises doivent être codes à barres des

is ainsi que les pièces être présentées à la CNSS ui suivent le premier acte raitement médical continu. e dossier doit être présenté ours qui suivent la fin du

des frais engagés sera la tarification nationale de

ne peuvent donner lieu au uite à accord préalable. s est disponible auprès de

accidents du travail et les ne sont pas couverts.

ble de fraude ou de fausse nir des prestations qui ne sible des sanctions légales

oursement prise par la : au respect des conditions qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 المرسلة 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 التعريف 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.

توقيع وطابع آل	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Signature de l'Agence	Réservé à la DAMO

<p>الضمان الاجتماعي التأمين الإجباري CNS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-02 Réf.</p>	<p>Ref. ANAM : 1.2.01.01</p>
---	---	---	------------------------------

N° Dossier :

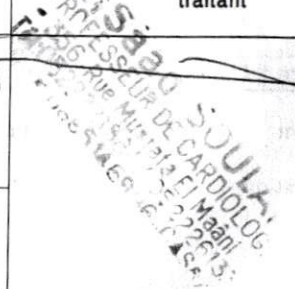
Partie réservée à l'assuré(e)

<p>الاسم العائلي والشخصي : <b>BEUCHUGI John</b></p> <p>رقم التسجيل : <b>1161041713171181</b></p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>1161111319181</b></p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>العنوان : <b>RESIDENCE CHABAB, BOULEVARD, app 1 n° 3 imme 10, ATU SEBRA CASABLANCA</b></p> <p>مبلغ المصاريف : <b>1181,60</b> Dhs</p> <p>عدد الوثائق المرفقة : <b>02</b></p>	<p>خاص بالمؤمن له (لها)</p>
--	-----------------------------

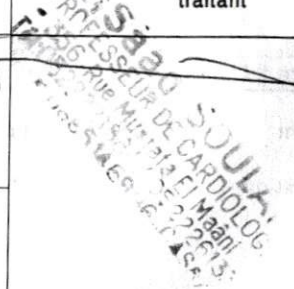
<p>تصريح الطبيب المعالج</p> <p>المستفيد من العلاجات</p> <p>الاسم العائلي والشخصي : <b>BEUCHUGI John</b></p> <p>تاريخ الميلاد : <b>12/3/1954</b></p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>1161111319181</b></p> <p>الجنس : <b>ذكر</b></p> <p>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المستمر : <b>09113092</b></p> <p>INPE et code à barres</p>	<p>مédecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p> <p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>
--	---

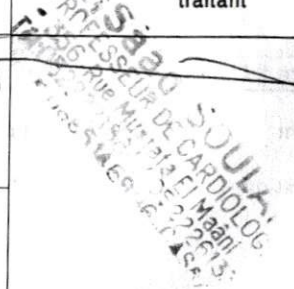
<p>نوع العلاجات *</p> <p>Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض</p>
--

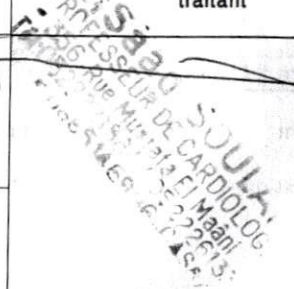
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : <b>ب :</b></p> <p>Le : <b>2011/11/11 12:02:01</b> <b>في :</b></p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré(e)</p>	<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : <b>ب :</b></p> <p>Le : <b>2011/11/11 12:02:01</b> <b>في :</b></p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Signature et tampon du médecin traitant ou de l'établissement de soins</p>
--	--

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
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	
27/09/2020	3+06	EG	3000		
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  _ _ _ _ _ _ _ _ _						

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					شعبة أو الإحيائي Signature et Cachet Bio	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé			
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _						
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _						
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _						

تفويضها و التجهيزات الطبية الممونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع أو ممون التجهيزات Signature et Cachet Fournisseurs des d
27/09/2020	882,60	
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _		
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire		
طبيعة الخدمة Nature de la prestation	السعر الوحدائي Prix Unitaire	الكمية Quantité



Last: BENCHERQI  
First: MOHAMMED  
ID:  
DOB:  
Age: 0ans  
Sex:

01 Sep-2020 12:25:43

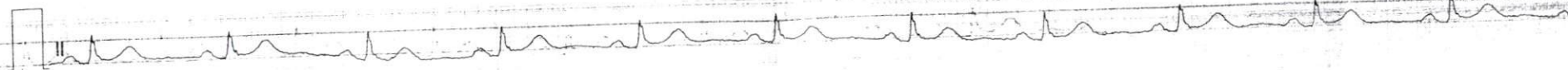
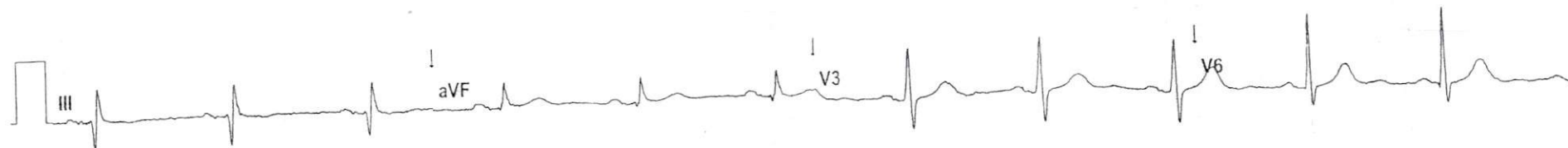
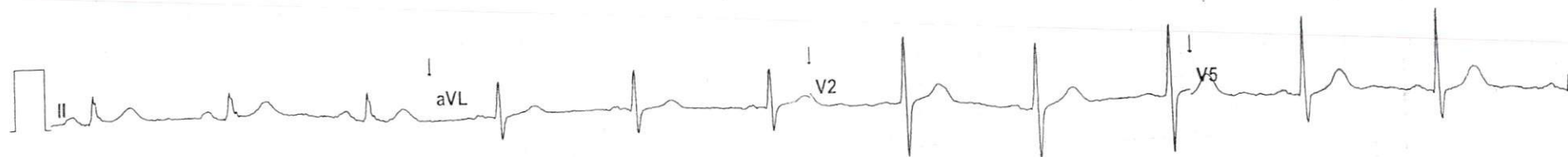
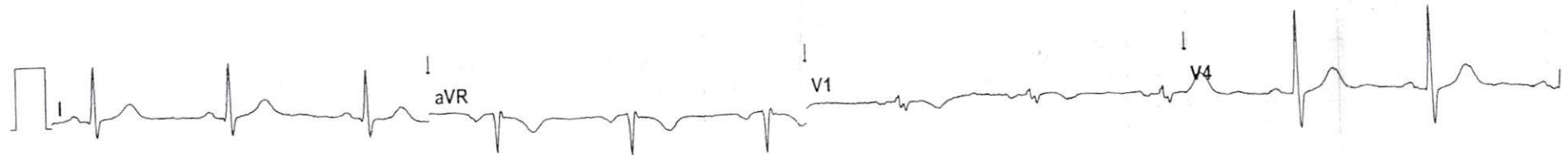
Fréq.Card: 67 BPM  
Int PR: 167 ms  
Dur.QRS: 99 ms  
QT/QTc: 386 / 402 ms  
Axes P-R-T: 51 37 34  
Moy RR: 885 ms  
QTcB: 410 ms  
QTcF: 402 ms

RYTHME SINUSAL

ECG NORMAL

ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Non confirmé



Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

الدكتور سعد السامي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ech. Doppler Couleur - Holter

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحش القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient: -

74.827  
PPEZAR 50

72.74  
Defensif 10

1/2 of leob

881.60

Sept 07

ms



DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

PREZAR® 50 mg  
Losartan  
30 Comprimés pelliculés sécables  
6 118000 041627

9745x30

PREZAR® 50 mg  
Losartan  
30 Comprimés pelliculés sécables  
6 118000 041627

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

PREZAR® 50 mg  
Losartan  
30 Comprimés pelliculés sécables  
6 118000 041627

PREZAR® 50 mg  
Losartan  
30 Comprimés pelliculés sécables  
6 118000 041627

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

PREZAR® 50 mg  
Losartan  
30 Comprimés pelliculés sécables  
6 118000 041627

PREZAR® 50 mg  
Losartan  
30 Comprimés pelliculés sécables  
6 118000 041627

9745x30

PREZAR® 50 mg  
Losartan  
30 Comprimés pelliculés sécables  
6 118000 041627