

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2826

Société : 2 AM

57638

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Machmoud Amira

Date de naissance : 21/09/15

Adresse : Rondoue El Aqsa, route, au 10 appart n° 3

NEU SERIA EL ABLAOUA

Tél. : 0667085501 Total des frais engagés : 11.81,80 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 : ENNAZI BLAOUA

Le : 01/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

# 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 courrant 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 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
lobaux comportant un ou plusieurs échelons  
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



# 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 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

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 : RACHID AMI NA

Matricule : 2826 Fonction : Retraitee Poste :

Adresse : Residence CHARAB im 10 app 3 Zone D Au Sabra Casab

Tél. : 0667 08 59 01 Signature Adhérent : A.M.

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BOUCHEROUI Mohamed Age 213 013 514

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 : RACHID AMI NA

Date de dépôt : 01.02.2021

Montant engagé 1181,60

Nombre de pièces jointes : 104

MUPRAS



## 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

## 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 s

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

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> 25533412      21433552 00000000      00000000 00000000      00000000 35533411      11433553	
		<b>MONTANT DES SOINS</b>	
		<b>DATE DU DEVIS</b>	
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b>	
(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

بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

REF : 610-2-06 : مرجع رقم

Référence structurée : 201200451941211

Emis à Casablanca le : 08/12/2020

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

N° d'immatriculation : 160473718  
Règlement du mois : 12/2020  
Mode de paiement : Virement

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

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف 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
<b>Total remboursé pour MOHAMMED</b>										<b>1 071,98</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>1 071,98</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

soins par personne et par  
doit être accompagnée de  
justificatives originales  
es, factures, ...).

de la personne soignée  
par les praticiens eux mêmes  
soins.

transmises doivent être  
codées à barres des

s ainsi que les pièces  
être présentées à la CNSS  
qui suivent le premier acte  
traitement médical continu.  
e dossier doit être présenté  
jours qui suivent la fin du

des frais engagés sera  
la tarification nationale de

ne peuvent donner lieu au  
site 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

ourusement prise par la  
au respect des conditions  
qui précède.

توقيع وطابع الـ  
nature de l'Agence

تعليمات يجب إتباعها  
تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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  
المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية 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 يوماً) من  
انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية  
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة  
المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وкалات  
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 طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان  
الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق  
ذكره.

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

### Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة \*  
Entente préalable \*

تنفيذ \*  
Exécution \*

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

مراجع رقم 610-1-02

Ref. ANAM : 12.01.01

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

Bouchouchi Tahar

Nom et prénom :

N° Immatriculation : 116104113171181

N° CIN :

1161111319181

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

Adresse : 25 Avenue El Aoua, 1000, app 103 imme 10, Aïn Seba  
Casablanca.

Montant des frais :

1181.60 Dhs

02

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN:

Sexe :

INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant  
الطبيب المعالج

Type de soins\*

Hospitalisation

Maternité

أمومة

Accident

Hadath

Maladie

مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des  
renseignements portés ci-avant.  
Fait à :

Le : 12/01/2011

توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus  
sincères et véritables.

Fait à :

Le :

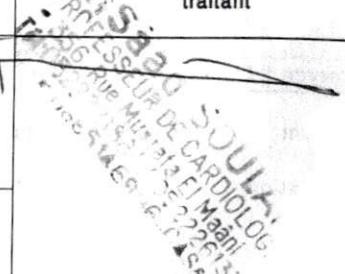
نوع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية  
Nature de l'établissement de soins

أصرح بمصداقية وصحة  
المعلومات المذكورة أعلاه  
B : في :

Ref. ANAM : 12.01.01

### Description des actes effectués

## وصف العمليات المجرأة

نارخ 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
27/09/2023	346	3000		
INPE et code à Barres				
1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				
INPE et code à Barres				
1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				

**CIM-10**

## Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدات عمليات

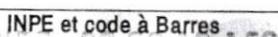
التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
<b>INPE et code à Barres</b> _____					
<b>INPE et code à Barres</b> _____					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الصور والكلمة

## و التجهيزات الطبية المعمونة

### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

الموعد والوقت	الوقت	الموعد والوقت
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	إلي أو ممن المجهيزات لبيبة Signature et Cachet Fournisseurs des d
27/09/2020	882,60	
INPE et code à Barres 		

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

Le montant total pris en charge par l'organisme gestionnaire

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

27 Sep-2020 12:25:43

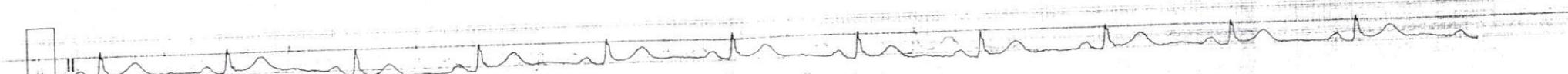
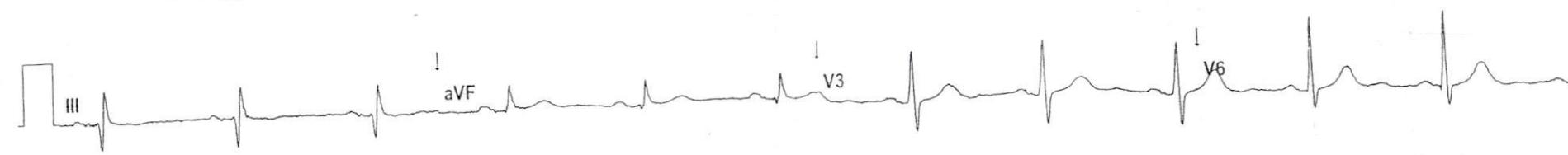
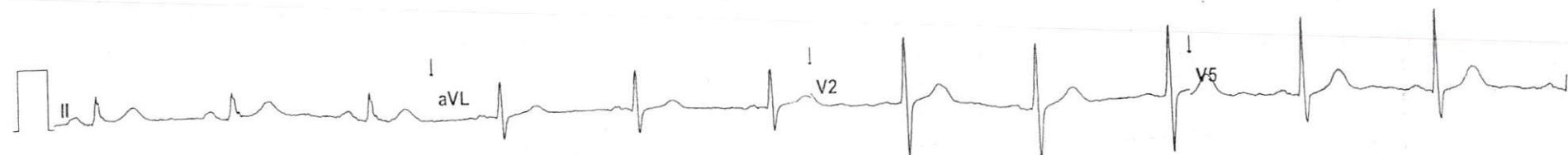
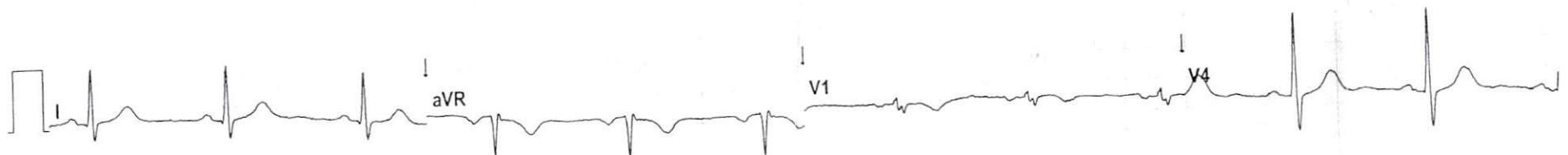
Fréq.Card: 67 BPM  
Int PR: 167 ms  
Dur.QRS: 99 ms  
QT/QTc: 386 / 402 ms  
Axes P-R-T: 51 37 34  
Moy RR: 885 ms  
QTcB: 410 ms  
QTcF: 402 ms

RYTHME SINUSAL

ECG NORMAL

ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Non confirmé



**Docteur Saâd SOULAMI**  
*Professeur de Cardiologie*

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

## Echo Doppler Couleur - Holter

— 1 —

Patient:-

356، زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أڭادير) - الدار البيضاء  
356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail : [cabinetsoulami@gmail.com](mailto:cabinetsoulami@gmail.com)  
Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

