

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 canaux, 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 canaux.

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'Indépendance - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-688996

105687

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4430

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Feu EL Wad La Rousine / Ghannouchi Samir

Date de naissance :

Adresse : 100, Angle Rue Mohamed EL Haddadi

Ris la pelle App 38 Ehs 5 Benguene C.A.S.A

Tél. : 066777 2338

Total des frais engagés : 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

doit être accompagnée de toutes les originales (ordonnances médicales, examens de radiologie et/ou de

de la personne soignée doivent être joints eux mêmes sur chaque feuille de

es PPM concernant les médicaments joints aux ordonnances transmises.

s ainsi que les pièces justificatives ées à la CNSS dans les deux mois qui acte médical, sauf s'il y a traitement ans ce dernier cas, le dossier doit être xixante (60) jours qui suivent la fin du

des frais engagés sera effectué sur la on nationale de référence.

aux accidents du travail et maladies sont pas couverts.

coupable de fraude ou de fausse btenir des prestations qui ne sont pas es sanctions légales et réglementaires.

mboursement prise par la CNSS est pect des conditions réglementaires et de

توقيع وطابع الوكالة
het et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

تاريخ الاستلام : Date d'arrivée :

لقديم ورقه المعجب بنسب من مرس و
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسله.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية 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 التعريفه الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمعاطر القانونية.

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

الضمان الاجتماعي
CNSS

موافقة مسبقة*
Entente préalable*

تنفيذ*
Exécution*

مرجع رقم: 610-1-03 Ref.

Ref: AN

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ها)

0667772330

Nom et prénom : **Ghamraoui Samir**
N° Immatriculation : **115209150**
N° de la carte d'Identité Nationale : **G276269**
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *
Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن Lui même ☒ هو نفسه
Adresse : **100. Angle rue 12 m et Sultan Abd EL Hamid Rés. la perle App. 38 Etg. 1er**
Montant des frais : **801,4** Dhs.
Nombre de pièces jointes : **01**

Déclaration du Médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins
Nom et prénom : **GHAMRAOUI SAMIR**
Date de naissance : **11/11/1972**
N° de la carte d'Identité Nationale : **G276269**
Sexe* : **M** ذكر F أنثى

Identification du Médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **09/10/18-84**
Type de soins
Admission ALD* : **Oui**
N° dossier ALD : **11111111**
Code ALD : **1111**
Soins ambulatoires* ☒ علاجات خارجية*
Hospitalisation* ☐ استشفاء*
Pli confidentiel remis* : **Oui**
Date d'hospitalisation : **11/11/18**

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : **CAS A**
Le : **10/10/2022**
Signature de l'assuré(e)
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **CAS A**
Le : **10/10/2022**
Signature du médecin traitant
Dr. ADIL EL KHALIL
Echographie Médicale de Sidi Bel Abbès
Résidence : 11m 2 - 11m 2 - 11m 2
Sidi Bel Abbès - Casablanca

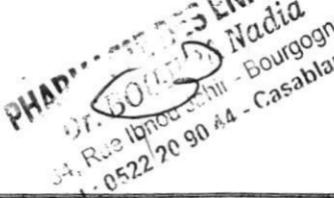
- INP : Identification Nationale du Praticien
- * Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
04/01/22	57			180,	<p>DR. ADIL BEKKA Médecine Générale Echographie Médecine de Rés Nakhil, Imm 5, App 2, E Sidi Bernoussi - Casablanca GSM: 67 32 75 58 00</p>

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	شعنة أو الإحيائي Signature et C ou f
INP : [][][][][][][][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][][][][][][][]					

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/o Fournisseurs des dispositifs médicaux
4/01 2022.	651.40 DH	
INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	092026343	
INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		 الضمان الإجتماعي C N S S	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 220212410855344		Emis à Casablanca le :	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 115209150 Règlement du mois : 02/2022 Mode de paiement : Virement		GHAMRAOUI SANAA RUE SOLTANE ABDELHAMID ETAGE 5 APPT 38 CASABLANCA 2016	
	Informations :			

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	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
GHAMRAOUI SANAA										
077331598	04/01/2022	C	MR BEKKALI ADIL	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	90	72,00
077331598	04/01/2022	PHN	PHARMACIE ENFANTS	309,00	309,00	1,00	1,00	309,00	00	0,00
077331598	04/01/2022	PH	PHARMACIE ENFANTS	342,40	378,00	1,00	1,00	378,00	90	308,16
Total remboursé pour SANAA										380,16
Total général remboursé										380,16

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

ORDONNANCE

Dr. ADIL BEKKALI
Médecine Générale
Echographie Médecine de Sport
Rés Nakhli, Imm 5, Appt 2, El Gods
Sidi Bernoussi - Casablanca
GSM: 07 62 75 56 00

GHANRAoui SANAA

Casa Le: 04 01 60 68

126.00 x 3
Célébra 10
c p le vir
51.00 x 3
Tampant 100
r p 03.
1/40.00 x 3
1/21.216
r p 03.
651.00 OH



x 03 ruy

PHARMACIENS
Dr. BOUADIA
14, Rue Ibnou Jafar - Bourgogne
Tél: 522 20 90 44 - Casablanca

Dr. ADIL BEKKALI
Médecine Générale
Echographie Médecine de Sport
Rés Nakhli, Imm 5, Appt 2, El Gods
Sidi Bernoussi - Casablanca
GSM: 07 62 75 56 00

⊗ Tanganil® 500 mg

تاجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

VTE: MA - PPV: 51DH00



6 118001 183340

⊗ Tanganil® 500 mg

تاجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

VTE: MA - PPV: 51DH00



6 118001 183340

⊗ Tanganil® 500 mg

تاجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

VTE: MA - PPV: 51DH00



6 118001 183340

CILENTRA® 10 mg
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



6 118001 300303

CILENTRA® 10 mg
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



6 118001 300303

CILENTRA® 10 mg
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



6 118001 300303

LECTIL® 16 mg
Béahistine (dichlorhydrate)
30 Comprimés sécables
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240471

LECTIL® 16 mg
Béahistine (dichlorhydrate)
30 Comprimés sécables
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240471

LECTIL® 16 mg
Béahistine (dichlorhydrate)
30 Comprimés sécables
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240471