

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-682396

1-8215 Complémentaire

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ ALD

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7673 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENBHI Tyani

Date de naissance : 13/03/1946

Adresse : BP 213 51000 El Hachef

Tél. : 0661316261

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

Age :

☐ 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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 18 / 02 / 22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Etape Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب إتباعها

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 التعريفية الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بطل 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 الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	تاريخ الاستلام:
Date de dépôt du dossier:	Date d'arrivée:

MURAS

<p>الضمان الاجتماعي الجمهورية الجزائرية CNSS La 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>رجع رقم 610-1-02</p>
---	---	---

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **NAÏM NAÏMA (EP BENBIHI)** الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : **1413641217** رقم التسجيل :

N° CIN : **1340972** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : **BP 213 51000 El Hach** العنوان :

Montant des frais : **درهم** Dhs مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **NAÏM NAÏMA épouse BENBIHI** الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : **01/10/1942** تاريخ الأزيد :

N° CIN : **1340972** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : **M** ذكر **F** أنثى الجنس :

INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشر

<p>AB4036008</p> <p>Médecin traitant الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p>
---	--

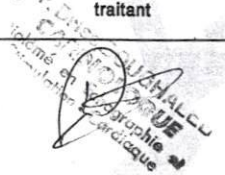
Type de soins* نوع العلاجات

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☐ مرض

<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : El Hach ب : Le : 12/11/2017 في : توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)</p>	<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : Spécialité des Maladies du Cœur ب : Le : Res. Santé et Sécurité de l'Angle في : Av. Ali Ben Abdellah توقيع وطابع الطبيب المعالج والمؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>
---	---

* Cocher la mention utile pour chaque case
** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة الكار - الدار البيضاء من ب. 2186 الدار البيضاء الحقة - الهاتف: 080 203 3333
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
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	
25/11/2021		U + Ech	300DH		
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 _ _ _ _ _ _ _ _ _						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
25.11.2021	657.30	Pharmacie Nouvelle Mme DOUNIA MOHATTANE 42, Avenue Hassan II El Hajeb Tél. : 05 35 54 30 38
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ INPE T32045733		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Référence structurée : 211211269696969

Emis à Casablanca le : □□□□

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

NAIMA NAIM
BP 213 EL HAJEB 51000
EL HAJEB 5100

N° d'immatriculation: 143641217

Règlement du mois : 12/2021

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	التعريفية المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de rembour sement	نسبة التعويض Taux de rembour sement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
NAIMA NAIM										
082096112	10/11/2021	CS	MME ZBADI RHITA	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
082096112	10/11/2021	CG	MME ZBADI RHITA	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
082096112	10/11/2021	B	BIOLOGIE	1 375,00	1,10	250,00	1,00	1 375,00	70	962,50
082096112	10/11/2021	PH	PHARMACIE NOUVELLE	1 274,90	1 009,20	1,00	1,00	1 009,20	70	706,44
082096111	25/11/2021	CSC	MR BOUGHALEB DRISS	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70	175,00
082096111	25/11/2021	PH	PHARMACIE NOUVELLE	657,30	441,30	1,00	1,00	441,30	70	308,91
082096114	09/12/2021	C	MR TALBI AHMED	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
082096114	09/12/2021	PH	PHARMACIE NOUVELLE	139,90	14,60	1,00	1,00	14,60	70	10,22
Total remboursé pour NAIM										2 324,07
Total général remboursé										2 324,07

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Docteur Driss BOUGHALEB

SPECIALISTE DES MALADIES DU CŒUR
ET DES VAISSEAUX

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Brest (FRANCE)

Diplômé en Echographie
Doppler Cardiaque (Bordeaux)

Diplômé en Stimulation Cardiaque
et Pose de Pace Maker (PARIS)

Ancien Cardiologue attaché
au CHU de Brest et au CHU de Rabat



الدكتور إدريس بوجالب
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا)

حاصل على شهادة الفحص بالأمواج

ما فوق الصوتية للقلب (بورديو)

حاصل على شهادة ضبط نبضات القلب

وزرع البطاريات (باريس)

طبيب سابقا بالمستشفى الجامعي بباريس
والمستشفى الجامعي بالرباط

Meknès, le : 27.04.2023 : مكناس، في :

N° 1417 Naitoua

3x 72.90

1- Lisinopril 10/5

et 1/2 BENTHIL

3x 97.60

2- Redipidol

1/2 1/2 BENTHIL

3x 49.10

3- Coronat 6,25

1/2 1/2 BENTHIL

657.30

1/2 1/2 BENTHIL

Traitement de 3 mois

Pharmacie Nouvelle

Mme DOUNYA MOHATTANE

42, Avenue Hassan II

El Hajeb

Tél. : 05 35 54 30 38

Dr. BOUGHALEB
Diplômé en Echographie et
Stimulation Cardiaque

1, Place Mauritanie Résidence SELECT 3ème Etage Apt. N°6 (En Face Cinéma Caméra)

Tél. : Cabinet 05 35 40 04 09 - Urgences : 06 61 13 70 21 - MEKNES

Lisor 10mg/5 mg 
30 comprimés

6 118001 380480 >

Lisor 10mg/5 mg 
30 comprimés

6 118001 380480 >

Lisor 10mg/5 mg 
30 comprimés

6 118001 380480 >

Redlip® 20mg 
30 Comprimés pelliculés

6 118000 420286

Redlip® 20mg 
30 Comprimés pelliculés

6 118000 420286

Redlip® 20mg 
30 Comprimés pelliculés

6 118000 420286

CORONAT 6,25 mg 
30 comprimés

6 118001 250172

CORONAT 6,25 mg 
30 comprimés

6 118001 250172

CORONAT 6,25 mg 
30 comprimés

6 118001 250172