

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

## **Informations 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.

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.

## **Education :**

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.

**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](http://www.mupras.com)

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

Déclaration de Maladie  
M22- N° 000081

|  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>                         | <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>                | <input type="checkbox"/> <b>Optique</b>                |
| <b>Cadre réservé à l'adhérent [e]</b>                                      |   |  |
| Matricule : <u>1391</u>  | Société : <u>RAM 1110508</u>                            |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Actif</b>                                      | <input checked="" type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b> | <input type="checkbox"/> <b>Autre :</b> <u>Soudali</u> |
| Nom & Prénom : <u>Soudali Mohamed</u>                                      |   |  |
| Date de naissance : <u>11/11/1952</u>                                      |   |  |
| Adresse : <u>Route California Sathir 4</u>                                 |   |  |
| Tél. : <u>05 22 20 45 45</u> Total des frais engagés : <u>3.000 Dh</u> Dhs |   |  |

**Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019**

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/11/2021

Nom et prénom du malade : Ziatt Amina Age : 64 ans

Lien de parenté :  **Lui-même**  **Conjoint**  **Enfant**

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : 28/11/2021

Signature de l'adhérent(e) : Soudali

### **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.

توقيع وطابع الوكالة  
Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

#### **Identification de l'agent :**

تقديم وقفة 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 المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف 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 المصروفة على أساس التعريفة الوطنية  
المتحدة.

الرسالة

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات 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



- \* Cocher la mention utile pour chaque case

- **Accoller l'étiquette portant l'INPE ( Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres.**

| Description des actes effectués  |                                |  | وصف العمليات المجرأة             |   |  |
|----------------------------------|--------------------------------|--|----------------------------------|---|--|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé+<br>cotation NGAP | المبلغ المفوت<br>Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج<br>Signature et cachet du Médecin traitant |  |
| 29/11/1<br>2021                  | C S                            |  | 300,00                           |   |  |
| INPE et code à Barres            |                                |  | INPE et code à Barres            |   |  |
|                                  |                                |  |                                  |   |  |
| INPE et code à Barres            |                                |  | INPE et code à Barres            |   |  |
|                                  |                                |  |                                  |   |  |

CIM-10

| Actes Paramédicaux               |                                |  |                              |                                  |   | عمليات المساعدين الطبيين |
|----------------------------------|--------------------------------|--|------------------------------|----------------------------------|---|--------------------------|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé+<br>cotation NGAP | عدد العمليات<br>Nbre d'actes | المبلغ المفوت<br>Montant facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي<br>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 الأشعة والصور |
|---|--------------------------------|---|----------------------------------|---|--|----------------------|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes          | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé+<br>cotation NGAP / NABM | المبلغ المفوت<br>Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإخصائي<br>Signature et Cachet du Radiologue Biologiste |  |                      |
|   |                                |   |                                  |   |  |                      |
| INPE et code à Barres                     |                                |   |                                  |   |  |                      |
|   |                                |   |                                  |   |  |                      |
| INPE et code à Barres                     |                                |   |                                  |   |  |                      |
|   |                                |   |                                  |   |  |                      |

| جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة              |                              |  |  |
|---|------------------------------|--|--|
| Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis |                              |  |  |
| تاريخ التنفيذ<br>Date d'exécution                                     | الثمن المفوت<br>Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux |  |
| 29/11/21  | 196,00                       |  |  |
| INPE et code à Barres   |                              |  |  |
|   |                              |  |  |
| INPE et code à Barres   |                              |  |  |
|   |                              |  |  |

| Nature de la prestation | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
|-------------------------|---------------|----------|------------|
|                         |               |          |            |

بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري

RELEVE DES PRÉSTATIONS  
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 220111316847577

Emis à Casablanca le : 04/01/2022

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

N° d'immatriculation : 183619729  
Règlement du mois : 01/2022  
Mode de paiement : Virement

ZIATT AMINA

JNAN CALIFORNIE IMM SAPHIR 4 ETG 3 APPT 18 AIN  
CHOCK  
CASABLANCA 2000

Informations :

معلومات :

| مرجع الإشعار بالاستلام<br>Référence accusé de réception | تاريخ العلاج<br>Date de soins | العمليات<br>Actes | مهنيو الصحة<br>Prestataires de soins                    | مبلغ المصارييف<br>Montant de la dépense | التعرفة المرجعية<br>Tarif de référence | المعامل<br>Coeff. | الكمية<br>Quantité | أساس التعويض<br>Base de remboursement | نسبة التعويض<br>Taux de remboursement% | مبلغ التعويض<br>Montant remboursé |
|---|-------------------------------|-------------------|---|---|--|-------------------|--------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| ZIATT AMINA   |                               |                   |   |   |  |                   |                    |                                       |  |                                   |
| 082071161   | 29/11/2021                    | CS                | MEDECIN<br>SPECIALISTE<br>CLINIQUE DU COEUR<br>CASA OAS | 300,00                                  | 150,00                                 | 1,00              | 1,00               | 150,00                                | 77                                     | 115,50                            |
| 082071201   | 30/11/2021                    | CSC               | CLINIQUE DU COEUR<br>CASA OAS                           | 250,00                                  | 250,00                                 | 1,00              | 1,00               | 250,00                                | 77                                     | 192,50                            |
| 082071201   | 30/11/2021                    | B                 | CLINIQUE DU COEUR<br>CASA OAS                           | 400,00                                  | 1,10                                   | 400,00            | 1,00               | 440,00                                | 77                                     | 308,00                            |
| 082071201   | 30/11/2021                    | PH                | PHARMACIE   | 510,00                                  | 383,10                                 | 1,00              | 1,00               | 383,10                                | 77                                     | 294,99                            |
| <b>Total remboursé pour AMINA</b>                       |                               |                   |   |   |  |                   |                    |                                       |  | <b>910,99</b>                     |
| <b>Total général remboursé</b>                          |                               |                   |   |   |  |                   |                    |                                       |  | <b>910,99</b>                     |

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Dr. Yasser BENSALAH

Spécialiste des maladies  
et chirurgie des yeux

Ancien médecin des hôpitaux de Paris

Ancien médecin de l'hôpital militaire  
d'instruction Mohammed V de Rabat

Agréé pour le permis de conduire



Ophtalmologiste

الدكتور ياسر بن صالح

اختصاصي في أمراض  
و جراحة العيون

طبيب سابق بمستشفيات باريس

طبيب سابق بالمستشفى العسكري

محمد الخامس بالرباط

معتمد لرخصة السياقة

29 novembre

2021

Mme ZIATT Amina

NAVILIPOL

1 goutte 3 fois par jour, les deux yeux, 6 Mois

08.00 AM  
AS



PHARMACIE DES PRELES  
OUAZZANI Touhami Karm  
18, Rue Brahim Nakhaï  
Yacoub El Mansour - Casablanca  
Tél/Fax 05 22 23 40 33

Docteur Yasser BENSALAH  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
22, Bd. Yacoub El Mansour 1<sup>er</sup> Etage  
Bureau N°12 - Casablanca  
Tél: 0522 23 42 92 - Gsm: 0625 25 11 25

22, شارع يعقوب المنصور - الطابق الأول - مكتب رقم 12 - الدار البيضاء

22, Bd Yacoub El Mansour - 1<sup>er</sup> étage - Bureau N°12 - Casablanca  
Tél. : 05 22 23 42 92 - Gsm : 06 25 25 11 25 - E-mail : bensalahy@yahoo.fr