

# 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 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



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0008673

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9766 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... 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 : .....

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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0008673

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



## 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 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0005193

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9766 Société : R.A.M.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M<sup>me</sup> BAS FATIMA

Date de naissance : 07-11-1967

Adresse : 273 Bd Mly youssef CASABLANCA

Tél. : 0678207057 Total des frais engagés : 741,90 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 : .....

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 : 14/06/22 CASABLANCA Le : 14/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



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

de la personne soignée  
ar les praticiens eux mêmes  
soins.

transmises doivent être  
codes à barres des

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

des frais engagés sera  
e la tarification nationale de

ne peuvent donner lieu au  
suite à accord préalable.  
res est disponible auprès de

ix accidents du travail et  
elles ne sont pas couverts.

able de fraude ou de fausse  
tenir des prestations qui ne  
assible des sanctions légales

nboursement prise par la  
ée au respect des conditions  
ce qui précède.

توقيع وطابع الوكالة  
signature de l'Agence

nt : .....

تاريخ الاستلام : .....

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  
المستثناة.

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 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

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

تاريخ الاستلام : .....

0678207057

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض  
Feuille de Soins Maladie

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

مرجع رقم 610-1-02

REANAM : 120301

موافقة مسبقة \*  
Entente préalable \*

تنفيذ \*  
Exécution \*

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : HABILLE SAID

رقم التسجيل : 134566-234

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 8567860

N° CIN : 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : 273, BO Mly Youssouf Casa Anfa

مبلغ المصاريف : 744,90 Dhs

عدد الوثائق المرفقة : 02

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : HABILLE SAID

تاريخ الزيادة : 01/05/2019

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 8567860

الجنس : \* ذكر ☒ أنثى ☐

الرقم الوطني الاستدالي والرقم المسمى \*\*

INPE et code à barres \*\*

Declaracion du medecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : HABILLE SAID

Date de naissance : 01/05/2019

N° CIN : 8567860

Sexe : \* M ☒ F ☐

الرقم الوطني الاستدالي والرقم المسمى \*\*

INPE et code à barres \*\*

Medecin traitant : Dr. MAMOUR MAMOUR  
Pneumophthise Mars et  
117, Angle Avenue 2 Mars et  
Rue de Rome - Casablanca

Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية

Type de soins \*

Hospitalisation ☐ Maternité ☐ Accident ☐ Maladie ☐

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

Fait à : ب : في : Le : 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : ب : في : Le : 28 AVR 2022

توقيع وطابع المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Medecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Pneumophthise Mars et  
117, Angle Avenue 2 Mars et  
Rue de Rome - Casablanca

\* 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

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرة		
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		
28 AVR 2022	12	12	300,00 DH 200M			
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				الاشعة والصور		
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	الاشعة أو الإحيائي Signature et Cachet Biolog		
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			م تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة			
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	حلي أو ممون التجهيزات طبية Signature et Cachet d Fournisseurs des dis				
28/04/2022	241.90					
INPE et code à Barres						
INPE: 092037256						
INPE et code à Barres						
Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire						
ناترة الة الة الة	Prix Unitaire	Quantité				



	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>	 <b>الضمان الإجتماعي</b> <b>CNSS</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإلزامي</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b> <b>مرجع رقم : 610-2-06 : REF</b>
	<b>Référence structurée : 220515978490895</b>	<b>Emis à Casablanca le : 06/05/2022</b>	<b>Page : 1</b>
	<b>Identifiant de la famille تعريف العائلة</b> <b>HABILLE SAID</b> <b>273 BD MY YOUSSEF</b> <b>CASABLANCA 0000</b> <b>N° d'immatriculation : 134566234</b> <b>Règlement du mois : 05/2022</b> <b>Mode de paiement : Virement</b>		
<b>Informations :</b>			

مرجع الإشعار بالامتلا	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ لتعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Montant remboursé
HABILLE SAID										
102502925	28/04/2022	CS	MME BERRADA MARIA	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	83	124,50
102502925	28/04/2022	Z	MME BERRADA MARIA	200,00	160,00	1,00	1,00	160,00	83	132,80
102502925	28/04/2022	PH	PHARMACIE LA CORNICHE	204,90	204,90	1,00	1,00	204,90	83	170,07
102502925	28/04/2022	PHN	PHARMACIE LA CORNICHE	37,00	37,00	1,00	1,00	37,00	00	0,00
<b>Total remboursé pour SAID</b>										<b>427,37</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>427,37</b>

Sauf erreur ou omission

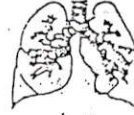
ما عدا خطأ أو نسيان

DR. MARIA BERRADA ELDORR

Diplômée de la Faculté  
de Médecine de Paris

Spécialiste des Maladies Respiratoires,  
Asthme, Allergies, Tuberculose  
Exploration Fonctionnelle Respiratoire  
Endoscopie Bronchique

Sur Rendez vous



الدراسة مارية بركة الدور

خريجة كلية الطب بباريس

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

لريو - الحساسية - داء السل - فحص

لوظيفة التنفسية - التنظير القصبي

بالموعد

Casa, le : 20 AVR 2022  
البيضاء، في:

- Nom : Habbale
- Prénom: Saïd
- Radiographie thoracique face z 12
- Reçu : 200 MT (deux cents MT)
- Interpretation : Aspect de distension  
Aiguë en rapport avec  
un emphyse



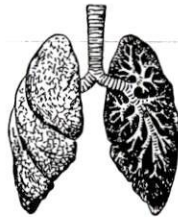
117, تقاطع شارع 2 مارس وزنقة روما إقامة علمي 3 الطابق الأول - رقم 6 (المدخل من زنقة روما) - الدار البيضاء  
117 - Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome N° 6 (entrée sur rue de Rome)  
Résidence ghoulami 3 - 1er étage - Casa  
Tél. : 022 83 67 62: الهاتف - GSM : 061 27 03 27: المحمول



Docteur Maria BERRADA ELDORR

Diplômée de la faculté  
de Médecine de Paris

Spécialiste des Maladies Respiratoires,  
Asthme, Allergies, Tuberculose  
Exploration Fonctionnelle Respiratoire  
Endoscopie Bronchique  
Pathologie du Sommeil et Ronflement  
Adultes - Enfants  
Sur Rendez-vous



الدكتورة مارية برادة الدر

خريجة كلية الطب بباريس

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي  
الربو - الحساسية - داء السل  
فحص الوظيفة التنفسية - التنظير القصبي  
علم أمراض النوم و الشخير

كبار - أطفال  
بالموع

28 AVR 2022

Casablanca, le : .....: الدار البيضاء في

N° Hobelle Saisi

11.00

- Enoxin 500 mg

sp 1/2 x 7j

S190  
- Alora-on

sp 1/2 le soir x 1 mes.

3700  
- Duaxol

sp 2 x 21j

4200  
- Predni 20

381j kumadi op res m  
sur le pme x  
ou

28 مارس وزنقة روما، إقامة الحياة، الطابق الأول رقم 6 (المدخل من زنقة روما) - الدار البيضاء

117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome, N°6 (entrée sur rue de Rome) Résid

1er Etage - Au dessus de INWI 2 Mars - Casablanca

Tél. : 05 22 83 67 62 - E-mail : berradador@hotmail.com

241.90



Dr BERRADA MARIA  
PNEUMOLOGUE ALLERGOLOGUE  
PATHOLOGIE DU SOMMEIL  
117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome  
Casablanca - Tél. 05 22 83 67 62

Pharmacie  
319, Bd Mohammed VI  
Tél/Fax : 05 22 22 22 22  
ET ATTENTION