

# 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

M22- 0008111

120073  
Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SHAM i Fatima  
Date de naissance : 01-01-1958  
Adresse : R. Sanaa, angle Rue TBMU KALAKI'S, Bd Bougagne  
N° 130 Bougagne LARA -  
Tél. : 0605904320 Total des frais engagés : 435,40 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 : conflit dans

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 : 20 / 06 / 22

Signature de l'adhérent(e) :

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



## 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 un 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 un 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 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 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

<p>توقيع وطابع الوكالة</p> <p><b>Cachet et signature de l'Agence</b></p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p><b>Réservé à la DAMO</b></p>
<p>Identification de l'agent : .....</p> <p>Date de dépôt du dossier :   _   _   _   _   _   _  </p>	<p>Date d'arrivée :   _   _   _   _   _   _  </p>

<p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p><b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b></p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p>
<p>N° Dossier : 06 05904320</p>		<p>خاص بالمؤمن له (لها)</p>
<p><b>Partie réservée à l'assuré(e)</b></p>		
<p>Nom et prénom : <b>K. SAR Mohamed</b></p>		
<p>N° Immatriculation : <b>145916891128</b></p>		
<p>N° CIN : <b>B 199495</b></p>		
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>		
<p>Adresse : <b>R. Sanaa, angle Rue Ibnou KALAKIS, Bd. Bouyougre</b></p>		
<p>Montant des frais : <b>435,42 Dhs.</b></p>		
<p>Nombre de pièces jointes : <b>1</b></p>		
<p><b>Déclaration du Médecin traitant</b></p>		
<p>Bénéficiaire de soins : <b>M. K. SAR Mohamed</b></p>		
<p>Nom et prénom : .....</p>		
<p>Date de naissance :   _   _   _   _   _   _  </p>		
<p>N° CIN :   _   _   _   _   _   _  </p>		
<p>Sexe : * <input checked="" type="checkbox"/> ذكر M <input type="checkbox"/> أنثى F</p>		
<p>INPE et code à barres **</p>		
<p>Médecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>	
<p><b>Type de soins</b></p>		
<p>Admission ALD : * <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>		
<p>N° dossier ALD :   _   _   _   _   _   _  </p>		
<p>Code ALD : <b>Maladie *</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Hospitalisation *</b> <input type="checkbox"/> <b>استشفاء *</b></p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p>		
<p>Fait à : <b>Casa</b></p>		
<p>Le : <b>19/01/2014</b></p>		
<p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p>		
<p>Signature de l'assuré(e)</p>		

\* Cocher la mention utile pour chaque cas  
\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels des Soins) et le code à barres.  
080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف - المراسلة العامة - ب. ب. 2146 دار الغار - الدار البيضاء  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2146 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333


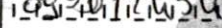
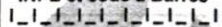


Description des actes effectués						وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes		رمز العمليات Code des actes		معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP		المبلغ المفوتر Montant facturé	
8/04/2022				C	15080	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
INPE et code à Barres							
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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical		
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _							
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _							

<b>Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie</b>						<b>عمليات الإحياء، الأشعة و الصور</b>		
<b>تاريخ العمليات Date des actes</b>	<b>رمز العمليات Code des actes</b>					<b>معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM</b>	<b>المبلغ المفوتر Montant facturé</b>	<b>توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste</b>
<b>INPE et code à Barres</b> 								
<b>INPE et code à Barres</b> 								

تاريخ التنفيذ <b>Date d'exécution</b>	الثمن المفوتر <b>Prix facturé</b>	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية <b>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</b>
28/4/22	98540.	
INPE et code à Barres 	100 Boulevard El Moudi Casablanca - Tél: 05 22 21 22 31	Pharmacie El Moudi 100 Boulevard El Moudi Casablanca - Tél: 05 22 21 22 31
INPE et code à Barres 		

# ORDONNANCE

Casablanca, le: 28/04/2022

M. Khan Mohamed

Dr. R. BEN WAHOU BENQADDI  
152, Bd Bourgogne - 3ème Etg  
Casablanca  
Tél: 022 22 97.88

40.00x3

1) Glucosyl 2mg



1 cp le matin 2 jours de

28.00x3

2) Glucophage 500mg



2 cp le soir

81.40.

3) Omix 20mg



2 cp le soir

4) Paracetamol 1000mg (16 de 14)



1 cp le soir

285.40

PHARMACIE DE L'AVE  
100, Bd Méd El Meknessi - Bourgogne  
Casablanca - Tel: 022 22 97.88

Dr. R. BEN WAHOU BENQADDI  
152, Bd Bourgogne - 3ème Etg  
Casablanca  
Tél: 022 22 97.88



**GLEMA® 2 mg** ○

Glimépiride

30 comprimés



6 118000 041207

**GLEMA® 2 mg** ○

Glimépiride

30 comprimés



6 118000 041207

**GLEMA® 2 mg** ○

Glimépiride

30 comprimés



6 118000 041207

**Glucophage® 1000mg** ○

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

**Glucophage® 1000mg** ○

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

**Glucophage® 1000mg** ○

30 Comprimés pelliculés

**Glucophage® 1000mg** ○

**Omiz 20mg** ○

28 gélules



6 118000 092438

**PRIMALAN 10MG** ○

CP SEC B14



6 118000 011323

<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>			<b>مديرية التأمين الصحي الإجمالي</b> Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
Référence structurée : 220617286966066	Emis à Casablanca le :	Page : 1	
<b>Identifiant de la famille</b> <b>تعريف العائلة</b> N° d'immatriculation : 159689128 Règlement du mois : 06/2022 Mode de paiement : Virement	KSAR MOHAMED 130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06 BOURGOGNE CASABLANCA 2005		
<b>Informations :</b>			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهللو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف الملاجية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
089034447	07/04/2022	CNP	MME RSINI HANANE	60,00	60,00	1,00	1,00	60,00	90	54,00
089034447	07/04/2022	PH	PHARMACIE ATTAWHID	796,50	637,00	1,00	1,00	637,00	70	445,90
089034507	28/04/2022	C	MME BENQADI RACHIDA	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
089034507	28/04/2022	PH	PHARMACIE AVENIR	985,00	318,40	1,00	1,00	318,40	70	222,88
<b>Total remboursé pour MOHAMED</b>										<b>778,78</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>778,78</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان