

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10597

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAOURI ABDELMEJID

143377

Date de naissance : 04-05-1953

Adresse : 48, RUE LA GARE LOT LAATIRI PERRECHID

Tél. : 0678519383

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....	Age: .....
Nom et prénom du malade : .....	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : .....	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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) :

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.

تقديم ورقة 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 ظرف 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 المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يطلب رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الإخطار 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

توقيع وطابع الوكالة  
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier: \_\_\_\_\_

Date d'arrivée: \_\_\_\_\_

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	<b>Feuille de Soins Maladie</b> موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. ANAM : 12.0 مرجع رقم : 610-1-02
---	--	------------------------	---

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **SAOUDI ASMAA**

N° Immatriculation : **1499318571101**

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **14154169141**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

Conjoint  زوج

Enfant  ابن

Adresse :

**48, Rue Mophoto lot 20amii Benchedid**

Montant des frais : **328,50 Dhs**

Nombre de pièces jointes : **05**

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

**SAOUDI Asmaa**

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN:

Sexe\* :

INPE et code à barres \*\*

**061181970**

Médecin traitant  
الطبيب المعالج

Etablissement de soins  
المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات\*

Hospitalisation  استشفاء  Maternité  أمومة  Accident  حادثة  Maladie  مرض

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

بـ :

Fait à : \_\_\_\_\_

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

بـ :

Le : \_\_\_\_\_

**Benchedid**

**14154169141**

توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية  
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

أشطب الخانة المناسبة

-- 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 Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
٢٢/١٠/٢٢			١٢٠,٥٠	
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 المفوت 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				العمليات الإحياء، الأشعة والتصوير
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت 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				_____
				_____

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع الصيدلاني أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
٢٢.١٠.٢٢	٢٠٨.٣٧	
INPE et code à Barres INPE 062000591		
INPE et code à Barres _____		

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

*Dr.JADDAOUI Med Amine*

Diplomé de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

*Ex. Médecin Interne au CHU Ibn Rochd  
Ex. Médecin généraliste dans le groupe OCP*

INPE : 061181970

Berrechid, le

A black and white illustration of the caduceus, a medical symbol consisting of a staff with two snakes entwined around it, wings at the top, and wings on the staff.

الدكتور جاداوي محمد أمين

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بالمركز الإستشفائي ابن رشد  
طبيب عام سابق بالمكتب الشريف للفوسفاط

SAOUDI Asmaa

1) <sup>3340</sup>, England American

2) 566° Diprotene chg  
chg IH

3) 514<sup>0</sup> ~~sep 28~~ 280 CP  
1-0-1 dnt 10g

4) 75.70 Top Soil sp  
Soil x by

= 208.50

88 - زنقة المدينة - برشيد 88  
88, Rue El Madina - Berrechid

Tél : 05 22 32 44 88 / GSM : 06 75 37 93 62



6 118001 150137 >



DIPROSTENE® + GROSSESSE

= DANGER

Ne pas utiliser chez la femme enceinte,  
sauf en l'absence d' alternative  
thérapeutique

**SEPCEN® 250 mg**

ciprofloxacine

10 comprimés pelliculés



6 118000 230175

**SEPCEN® 250 mg**

ciprofloxacine

10 comprimés pelliculés



6 118000 230175

PER.: 05/2024  
LOT: 22E031

**TOPLEXIL**  
**SIROP FL 150 ML**

P.P.V : 15DH70



6 118000 060901