

## 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° W21-786408

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 16773

Société :

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre :**

Nom & Prénom : BENIKHAN Slim

Date de naissance : 14/11/77

Adresse : Avenue Air Khan villa Hajar Soussi RABAT

Tél. : 0668 815991

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENJELLOUN Youssef

Age :

Lien de parenté :

☐ **Lui-même**

☐ **Conjoint**

☒ **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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : RABAT

Le : 08/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie

N° W21-786408

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 :

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Docteur Khalid BOUHMOUCH

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Amiens

Oncologie - Hématologie  
Néonatalogie - Réanimation



الدكتور خالد بوحموش

طب الأطفال والرضع

خريج كلية الطب بأميان - فرنسا

إنعاش حديثي الولادة  
أمراض الدم وسرطان الأطفال

Rabat, le ..... : الرباط، في

02/01/2023

L'enfant BENJELLOUN YOUSSEF

Pds : 63 Kg Age : 12 a et 5 m

15.70

1- **DOLIPRANE CP 500 EFF**

1 cp 3 fois par jour

40.00

2- **BIOMYLASE**

1 cac x 3 pendant 6 jours

50.10

3- **NASONEX 40**

1 pulvérisation nasale par jour

89.50

4- **APIXOL SPRAY**

3 application par jour

16.60

Vi Scordyline -

212.00

1 mc x 3

Pharmacie BIR KACEM  
avenue Bir Kacem, Souiss,  
Rabat - Tél.: 05 37 65 88 2

الدكتور خالد بوحموش  
Dr. Khalid BOUHMOUCH  
Pédiatre  
6 Bd. Prince My Abdallah  
Rabat-Moroc - Tél.: 05 37 20 12 02  
INP: 101036713

6, شارع الأمير مولاي عبد الله (إمام ماسدونالد - وسط المدينة) - الرباط

6, Av. Prince My Abdallah (en face de Mc Donald's - Centre ville) Rabat • 05 37 20 12 02

☐ 06 61 55 54 24 @ kbouhmouch@hotmail.com 📍 Dr. bouhmouch



**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.



RE MÉDECIN  
médicament  
ment. Ne les  
et/ou chapitre  
os d'efficacité  
sont, ont de  
votre médecin  
malade de la  
DECEN OU DE  
AS  
osage du toux  
DIAMENTS  
AS À VOIRE  
indant le  
ESSE OU DE  
DU DE VOTRE  
R UNE



LOT  
220621  
2025/08  
PPC: 89.50 DH



**pixol®**  
Spray gorge  
Enfants

**Viscéralgine®**  
Sirop - Flacon de 150ml  
Méthylsulfolate de Tiémomium

AMM N° 31/2020/DMP/21/NRQDNM

**Viscéralgine 10mg/5ml**  
sirop 150 ml.



Imatopée Européenne

**BIOMY**  
Comprimés pellic.  
Sirop, Flaco  
Alpha-  
nent l'intégrité de cette n  
ous pourriez avoir besoin  
tre question, si vous avez  
rmacien.  
a été pharmacien, il est pr  
l'ort, il est recommandé pou  
désirables, parlez-en à votre m  
notice, parlez-en à votre m

EDICAMENT  
et quantitative



| Description des actes effectués |                                |  |                                   | وصف العمليات المجرأة   |  |
|---------------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------------|--|--|
| تاريخ العملية<br>Date des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé+<br>cotation NGAP | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج<br>Signature et cachet du Médecin<br>traitant   |  |
| 02 JAN 2023                     |                                |  |                                   | <p>الدكتور خالد بوحشوش<br/>Dr. Khalid BOUHMOUCH<br/>Pédiatre<br/>6, Bd. Prince My Abdellah<br/>Rabat - Maroc - Tél: 0537 204 202<br/>INPE: 101036713</p> |  |
| INPE et code à Barres           |                                |  |                                   |  |  |
| INPE et code à Barres           |                                |  |                                   |  |  |

CIM-10

| Actes Paramédicaux              |                                |  |                              |                                   | عمليات المساعدين الطبيين  |  |
|---------------------------------|--------------------------------|--|------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| تاريخ العملية<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 المفوتر<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 الاحياء، الاشعة والصور  |  |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|--|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes          | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé+<br>cotation NGAP/NABM | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الاحياء<br>Signature et Cachet du Radiologue ou<br>Biologiste |  |
|   |                                |   |                                   |  |  |
| INPE et code à Barres                     |                                |   |                                   |  |  |
| INPE et code à Barres                     |                                |   |                                   |  |  |

| جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة                 |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis |                               |   |
| تاريخ التنفيذ<br>Date d'exécution                                     | الثمن المفوتر<br>Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات<br>الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou<br>Fournisseurs des dispositifs médicaux |
| 02/01/23  | 212.00                        | <p>Pharmacie Bir Kacem<br/>Avenue Bir Kacem<br/>Rabat - Tel.: 05 37 86 47 47</p>  |
| INPE et code à Barres   |                               |   |
| 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 |
|   |               |          |            |

Instructions à suivre

ablier une feuille de soins par personne et par énement.  
feuille de soins doit être accompagnée de utes les pièces justificatives originales rdonnances médicales, factures,...)

nom et prénom de la personne soignée ivalent être portés par les praticiens eux-mêmes r chaque feuille de soins.

ordonnances transmises doivent être ompagnées des codes à barres des édicaments achetés.

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

remboursement des frais engagés sera ectué sur la base de la tarification nationale de éférence.

certaines prestations ne peuvent donner lieu au mboursement que suite à accord préalable. liste de ces dernières est disponible auprès de ut le réseau CNSS.

s risques liés aux accidents du travail et adies professionnelles ne sont pas couverts.

ute personne coupable de fraude ou de fausse clARATION pour obtenir des prestations qui ne nt pas dues, est passible des sanctions légales réglementaires.

obligation de remboursement prise par la VSS est subordonnée au respect des conditions élementaires et de ce qui précède.

Instructions à suivre

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض وكل حدث  
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية وصفات طبيين 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 الداعمة إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية ما عدا في حدود شهرين 60 يوما من انتهاء العلاج

سيتم تمويل المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطني المرجعية

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة

لا تحة 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 وكل ما سبق ذكره

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض  
Feuille de Soins Maladie

مديرية التأمين الصحي الإقليمي  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم: 010-1-02

N° Dossier : 0681163501

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالتمؤمن له (ها)

Nom et prénom : BENSELLOUIN TALAL

N° Immatriculation : 1131199101131

N° CIN : 1131199101131

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*  
Conjoint ☐ زوج Enfant ☒ ابن

Adresse : Avenue Bir el Djir, Villa "Alger" Saouh Pouchou

Montant des frais : 2000000 Dhs

Nombre de pièces jointes : 01

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : BENSELLOUIN MOHAMED

Date de naissance : 11/11/1991

N° CIN : 1131199101131

Sexe : M ☒ ذكر F ☐ أنثى

INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant : 110119367113

Établissement de soins : 1131199101131

Type de soins\*  
Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☐ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : ب

Le : 11/11/2021 في

توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : ب

Le : 11/11/2021 في

توقيع طبيب العلاج أو الطبيب المعالج  
Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins

Dr. Khalid SOUMMOUCH

8, Bd. Prince Mouzouk  
Rabat-Moroc - Tel.: 0537 201 202

CNP: 101036713

توقيع وطابع الوكالة  
Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإقليمي  
Réservé à la DAMO

تاريخ الإيداع : 11/11/2021

Date d'arrivée : 11/11/2021

تاريخ الاستلام

توقيع وطابع الطبيب المعالج

تاريخ الإيداع : 11/11/2021

Date d'arrivée : 11/11/2021

تاريخ الاستلام

\* شطب دفعة الذئبة  
\*\* Cocher la mention utile pour chaque case  
\*\*\* Accepter l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Établissements de soins), ainsi que le code à barres.



AVIS DE PAIEMENT PAR  
MISE A DISPOSITION



إشعار بالأداء بوضع  
رهن الإشارة

REF : 610-2-04

مرجع رقم : 610-2-04

Assurance Maladie Obligatoire

لتأمين الصحي الإجباري

Référence structurée : 230133623683968 : رقم المرجع التركيبي :  
Emis à Casablanca le : 17/01/2023 : اصدر بالبيضاء في :  
N°d'immatriculation : 131990999 : رقم التسجيل :

DESTINATAIRE :  : المرسل إليه :

BENJELLOUN TALAL

AV BIR KACEM VILLA HAJAR SOUISSI

10170 RABAT

Montant (en chiffres) : 1073,45 DH : المبلغ بالأرقام :

Montant (en lettres) : Mille Soixante Treize Dhs Et Quarante Cinq Centimes : المبلغ بالحروف :

Le montant correspondant au présent  
remboursement est mis à votre disposition auprès  
de toutes les agences de la **BMCE BANK**  
jusqu'au :

18/03/2023

Pour encaisser cette somme, vous êtes priés de  
vous présenter à l'agence BMCE de votre choix,  
muni du présent avis et de votre **carte d'identité  
nationale**.

المبلغ المتعلق بهذا الأداء يوجد رهن إشارتكم لدى  
وكالات البنك المغربي للتجارة الخارجية الى غاية :

لتقاضي هذا المبلغ المرجو منكم الالتحاق بإحدى وكالات  
هذا البنك مصحوبين بهذا الإشعار وكذا ببطاقة تعريفكم  
الوطنية

يؤدي في جميع وكالات البنك المغربي للتجارة الخارجية

Payable dans toutes les agences de la **BMCE BANK**

**BMCE BANK**



البنك المغربي للتجارة الخارجية