

# 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.

## 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

Complément  
Déclaration de Maladie

M22- 0005808

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1859 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ANBA Teda

Date de naissance : 01.01.1949

Adresse : Rue 6 ne 62 Lot ATTADADME OULFA

Tél : 05 63 66 84 10 Total des frais engagés : 2.302,10 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 : CASABLANCA Le : 14 / 02 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

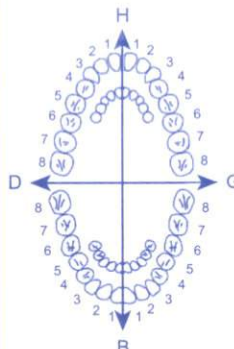
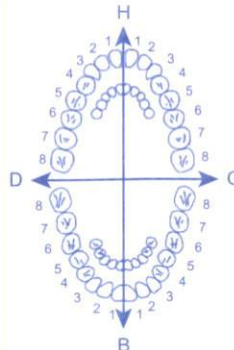
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur El Mehdi HISSANE**

Gynécologue - Obstétricien  
Stérilité du couple  
Assistance Médicale à la Procréation  
(IAC/FIV/FIV-ICSI)  
Chirurgie gynécologique  
Echographie - Colposcopie  
Coelioscopie - Hystéroscopie



**الدكتور المهدي حسان**  
أمراض النساء والولادة  
عقم الزوجين  
المساعدة الطبية للإنجاب  
الجراحة النسوية  
الفحص بالصدى  
الجراحة والتشخيص بالمنظار

Casablanca, le 23/12/2022

**Mme. BETTACH SOUAAD Épouse ANBI MOHAMED**

1 **OFIKEN 200MG** - x1 Boite  
Prendre 1 Comprimé le matin, 1 le soir, pendant 8 Jours

2 **URISPAS** - x1 BOITE  
1 Comprimé le matin, 1 à midi, 1 le soir, pendant 5 Jours

**Dr. El Mehdi HISSANE**

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
Sihem GUERRAOUI  
Docteur en Pharmacie  
4, Résidence Annaim Oulfa  
Tél.: 022.09.43.09 - Casablanca

Résidence GHITA, 11 Rue Ibnou Babek,  
1<sup>er</sup> Étage (Collé à la clinique les IRIS).  
Racine 20250 - Casablanca

Tél. : +212 522 95 04 39  
: +212 522 94 29 45

secretariat@docteurhissane.ma  
www.docteurhissane.ma



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
	e2	300,00	
Barres  _ _ _ _			
Barres  _ _ _ _			

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين				توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	
Barres  _ _ _ _				
Barres  _ _ _ _				

: Classification Internationale des Maladies - dixième révision

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / N&BM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
		22	300,00	
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _  27/12/98 260 1200,00				
24 DEC. 2022				
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _  09 20550293				

HISTORIQUE  
102 Avenue ELISSAN II  
Casablanca 20870.  
Tél : 0522 223 054

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
23/12/2022	T: 23 2.500,00	
INPE et code à Barres 092050293		
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _		

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
Siham GUERBAOUI  
Docteur en Pharmacie  
4, Résidence Annaim - Oulfa  
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

## 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 soins engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certains professionnels ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces professionnels 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 réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## Instructions à suivre

Préparer 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 soins engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certains professionnels ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces professionnels 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 réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

		ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	الصحي الإجباري Direction de l'Ass Obligat
الضمان الإجتماعي +الROST+ +الCIN+ CNSS Le devoir de vous protéger	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution	Réf. - 610-1-02

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

(لها)

Nom et prénom : BETTAR Samir

N° Immatriculation : 1111111111111111

N° CIN : 1111111111111111

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : المستفيد والمؤمن له (لها)

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse : Le TADAMOUNE Rue 6 N° 62 - 1 Casablanca

Montant des frais : 2.237 Dhs

Nombre de pièces jointes : 1

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : BETTAR Samir

Date de naissance : 11/11/11

N° CIN : 1111111111111111

Sexe : M ☐ ذكر ☐ أنثى ☐

INPE et code à barres

Médecin traitant

Etablissement de soins

Type de soins

Hospitalisation ☐ استشفاء ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادثة ☐ Maladie ☐ مرض ☐

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

Fait à : Casablanca Le : 11/11/11

Le : 11/11/11

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca Le : 11/11/11

Le : 11/11/11

Signature de l'assuré(e)

Signature du médecin traitant ou de l'établissement

Cocher la mention utile pour chaque cas

Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins)

تاريخ الإيداع: <u>11/11/11</u> تاريخ الاستلام: <u>11/11/11</u>	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Cachet et signature de l'Agence	Identification de l'agent



# DÉTAIL AMO

x

Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
113780935	1226.02	Envoyé à l'assuré	08/02/2023		Virement assuré



N° dossier	Type de dossier	Date de dépôt	Agence de dépôt	Date des soins	Montant des soins (MAD)	Bénéficiaire	Détail
113780935	Dossier de remboursement	19/01/2023	AL FATH	23/12/2022	2302,5	BETTACH SOUAD	

