

## 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

- Reclamation : 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

N° W19-562614

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1391 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SOUALY Mohamed  
 Date de naissance : 01-01-1958  
 Adresse : Jnane californie, Saphir 4 Apt 18  
 Air Chock Casablanca  
 Tél. : 06 59 911 671 Total des frais engagés : 781,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01.02.2023  
 Nom et prénom du malade : ZIATT Amine Age : 65 ans

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 : Casablanca Le : / /  
 Signature de l'adhérent(e) :



soins par personne et par  
être accompagnée de toutes  
originales (ordonnances  
).

de la personne soignée  
par les praticiens eux mêmes  
soins.

transmises doivent être  
codes à barres des  
s.

s ainsi que les pièces  
être présentées à la CNSS  
qui suivent le premier acte  
à un traitement médical  
nier cas, le dossier doit être  
xante (60) jours qui suivent

des frais engagés sera  
la tarification nationale de

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

x accidents du travail et  
elles ne sont pas couverts.

able de fraude ou de fausse  
enir des prestations qui ne  
ssible des sanctions légales

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

توقيع وطابع الوكالة  
signature de l'Agence

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل 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 و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق  
الوطني للضمان الإجتماعي 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.  
لأنحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق  
الوطني للضمان الإجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض 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 الإجتماعي  
رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

تاريخ الإستلام : 11/11/2011



# ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée

موافقة مسبقة \*  
Entente préalable \*

تنفيذ \*  
Exécution \*

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Médicale  
Obligatoire

مرجع رقم 610-1-03

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

أص بالمؤمن له (لها)

اسم العائلي والشخصي : ZIAT Amine

رقم التسجيل : 183618159

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 89299963

لائحة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

عنوان : 18 rue de la République, 13001 Marseille

مبلغ المصاريف : 181,90 Dhs.

عدد الوثائق المرفقة : 3

Déclaration du Médecin traitant

سريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

اسم العائلي والشخصي : ZIAT Amine

تاريخ الإزدياد : 18/11/1959

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 89299963

جنس : \* ☒ أنثى ☐ ذكر ☐

رقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر \*\* : 0911111111

Médecin traitant  
الطبيب المعالج

Etablissement de soins  
المؤسسة العلاجية

Type de soins

Admission ALD \* : ☐ Oui ☐ Non

N° dossier ALD : 1111111111

Code ALD : 1111111111

Maladie \* ☐ مرض \*

Hospitalisation \* ☐ مستشفاء \*

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus  
sincères et véritables.

Fait à : 11/11/2011

Fait à : 11/11/2011

Le : 11/11/2011

Le : 11/11/2011

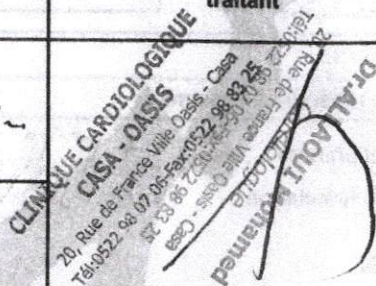
توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

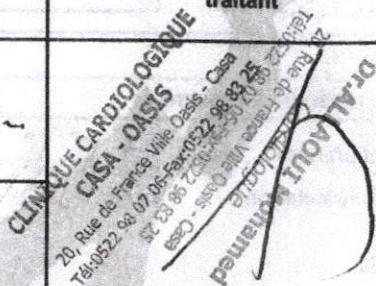
\* Cocher la mention utile pour chaque case

\*\* Accéder l'énquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi qu'une carte à barres

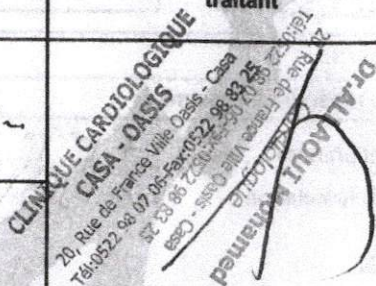


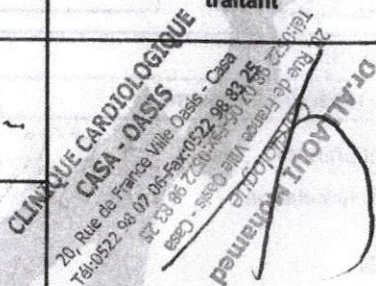
Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant		
01/03/2023		S	250,-			
INPE et code à Barres 1111111111						
INPE et code à Barres 1111111111						

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 1111111111						
INPE et code à Barres 1111111111						

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					ملاحظة الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	ملاحظة الإحاثية Signature et Cachet		
						
INPE et code à Barres 1111111111						
INPE et code à Barres 1111111111						

بذاتها و التجهيزات الطبية الممونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الموردين Signature et Cachet des Fournisseurs
01/03/2023	531,90	
INPE et code à Barres 1111111111		
INPE et code à Barres 1111111111		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
طبيعة الخدمة Nature de la prestation	السعر الوحدوي Prix Unitaire	الكمية Quantité	





مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس  
**CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis**  
 Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle  
 Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique  
 Coro-Scanner / 128 barrettes

Casablanca, le 01 Mars 2023

Mme ZIATT Amina

127,70 x 3

Atacand 8 mg 1cp/j

496 x 3

D-Cur Fort 1amp/15 jour (3boites)

531,90

531,90



Traitement de 3 mois

SYNTHEMEDIC  
 22 rue soubeir benou al souam roches  
 noires casablanca  
**ATACAND**  
 Cpr séc

8 mg  
 Bte de 30  
 139/16 DMP/21NRQ P.P.V: 127,70 DH  
 6 118001 020539

SYNTHEMEDIC  
 22 rue soubeir benou al souam roches  
 noires casablanca  
**ATACAND**  
 Cpr séc

8 mg  
 Bte de 30  
 139/16 DMP/21NRQ P.P.V: 127,70 DH  
 6 118001 020539

SYNTHEMEDIC  
 22 rue soubeir benou al souam roches  
 noires casablanca  
**ATACAND**  
 Cpr séc

8 mg  
 Bte de 30  
 139/16 DMP/21NRQ P.P.V: 127,70 DH  
 6 118001 020539



20, Rue de France Ville Oasis - Casa  
 Tél: 0522 98 07 06 Fax: 0522 98 83 25  
**CASA - OASIS**  
 CLINIQUE CARDIOLOGIQUE

**Dr. ALLAOUI Mohamed**  
 Cardiologue  
 20, Rue de France Ville Oasis - Casa  
 Tél: 0522 98 07 06 Fax: 0522 98 83 25

**Pharmacie**  
 Mme LAHRECH SAMIA  
 255, Avenue de l'Oasis  
 Tél: 0522 98 83 17 - Casablanca



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس  
**CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis**  
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle  
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique  
**Coro-Scanner / 128 barrettes**

Casablanca, le 01 Mars 2023

Mme ZIATT Amina

FACTURE N° 00592/2023

Date	Désignation	QT	Montant
01/03/2023	Consultation Cardiologique	1	250,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
			250,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :  
Deux cent cinquante Dirhams (250,00 dhs)

Dr. Mohamed  
20, Rue de France - Oasis - Casa  
Tél: 05 22 98 75 75 - Fax: 05 22 98 83 25  
GSM: 06 72 29 45 14

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE  
CASA - OASIS  
20, Rue de France Ville Oasis - Casa  
Tél: 05 22 98 07 06 - Fax: 05 22 98 83 25