

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W21-764757

178483

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4430 Société : RAO

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Décédé

Nom & Prénom : Feu EL Wad La Bousine Othmane Sana

Date de naissance : / /

Adresse : 100, Angle rue Mohamed EL Haddaoui Rés. la perle EL APP 38 Boulogne

Tél. : 0667712338 Total des frais engagés : 686,00 DH 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 :

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 : CAS A Le : 11 / 10 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : 11 / 10 / 2023

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

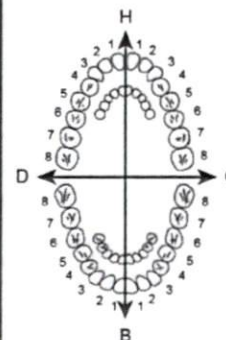
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

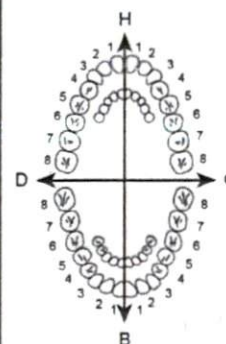
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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		
31/8/27	9		150	Dr. ADIL BEKKALI Médecine Générale Echographie Médecine de Sport Ras Nakhil, Imm 5, Apt 2, El Goud Sidi Bernoussi - Casablanca		
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المصاعدين 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 المصاعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					الاشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الإحائي Signature et Cachet ou Biolo		
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						

تم تنفيذها والتجهيزات 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 des dis
31.8.27	834.00	
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		

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

suivre

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

m de la personne soignée
par les praticiens eux mêmes
de soins.

transmises doivent être
es codes à barres des
tés.

ins ainsi que les pièces
nt être présentées à la CNSS
qui suivent le premier acte
y a un traitement médical
ernier cas, le dossier doit être
oixante (60) jours qui suivent
t.

nt des frais engagés sera
de la tarification nationale de

ns ne peuvent donner lieu au
e suite à un accord préalable.
nières est disponible auprès de
S.

aux accidents du travail et
nnelles ne sont pas couverts.

upable de fraude ou de fausse
bténir des prestations qui ne
passible des sanctions légales

emboursement prise par la
nnée au respect des conditions
e ce qui précède.

تعليمات يجب إتباعها

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 للإستفادة من خدمات
غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي
رهن باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع الوكالة et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
gent : Date d'arrivée : 11/11/11	تاريخ الإيداع : 11/11/11 تاريخ الإستلام : 11/11/11

<p>الضمان الإجتماعي ALTOH ALJESH CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03 Réf. : 610-1-03</p>
<p>N° Dossier : 0667772339</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>		
<p>Nom et prénom : Sanaa Ghamraoui</p>		
<p>N° Immatriculation : 1111111111111111</p>		
<p>N° CIN : 62762-69</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 : 100, Angle rue Mohamed El Haddad, Rés. La perle Elys App38 Bourgogne CASA</p>		
<p>Montant des frais : 684,00 Dhs.</p>		
<p>Nombre de pièces jointes : 04</p>		
<p>Déclaration du Médecin traitant</p>		
<p>Bénéficiaire de soins</p>		
<p>Nom et prénom : GHAMRAOUI SANA A</p>		
<p>Date de naissance : 11/11/11</p>		
<p>N° CIN : 62762-69</p>		
<p>Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى</p>		
<p>INPE et code à barres **</p>		
<p>Médecin traitant</p>		<p>Etablissement de soins</p>
<p>Type de soins</p>		
<p>Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>		
<p>N° dossier ALD : 1111111111111111</p>		
<p>Code ALD : 1111111111111111</p>		
<p>Maladie * <input checked="" type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء</p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</p>
<p>Fait à : 20/10/2013</p>		<p>Fait à : 20/10/2013</p>
<p>Le : 20/10/2013</p>		<p>Le : 20/10/2013</p>
<p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)</p>		<p>توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>

* Cocher la mention utile pour chaque case
** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé)
080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف 2180
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2180 Cas Gare Téléphone: 080 200 7200 / 080 203 3333

Dr. Adil BEKKALI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Sousse

الدكتور عادل البقالي

خريج كلية الطب بسوسة

MEDECINE GENERALE

Diplômé d'Echographie de la Faculté
de Médecine de Montpellier
Diplômé de Médecine de Sport
de la Faculté de Rennes

الطب العام

حاصل على دبلوم التصوير
بالأمواج فوق الصوتية من كلية مونتبلييه
حاصل على دبلوم الطب الرياضي
من كلية رين

CHANDRAOUI SATVA

Casablanca, le : 31/08/2023

2600x3

centra 10

cy el nel

2340x3

celebrance

5790x2

cy 1 r

celego comod

aple - 31 r

He
037019

534,00

Dr. ADIL BEKKALI
Médecine Générale
Echographie Médecine de Sport
Rés Nakhil, Imm 5, Appt 2, El Qods
Sidi Bemoussi - Casablanca

إقامة النخيل، عمارة 5 الشقة 2 حي القدس، سيدي البرنوصي - الدار البيضاء - المحمول : 07 62 76 58 06
Résidence Nakhil, Imm. 5 Appt N° 2 Hay Al Qods - Sidi Bemoussi - Casablanca - Tél / Fax : 07 62 76 58 06

CILENTRA®10 mg ○
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



6 118001 300303

CILENTRA®10 mg ○
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



6 118001 300303

Colchicine 1mg ○
OPOCALCIUM
20 comprimés sécables



6 118000 082156

Colchicine 1mg ○
OPOCALCIUM
20 comprimés sécables



6 118000 082156

Colchicine 1mg ○
OPOCALCIUM
20 comprimés sécables



6 118000 082156

Allergo-COMOD® ⊗
collyre 10 ml



6 118001 110285

Allergo-COMOD® ⊗
collyre 10 ml



6 118001 110285

CILENTRA®10 mg ○
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



6 118001 300303



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : صدر ب :
Le : 22/09/2023 : بتاريخ :

الصفحة Page 1 / 1

N° d'immatriculation 115209150 رقم التسجيل
Règlements de la période : من :
du : 22/09/2023 : إلى :
au : 22/09/2023 : أداءات الفترة

المُرسل إليه Destinataire
GHAMRAOUI SANAA

Veillez trouver ci-dessous une récapitulation des
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembours- ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
GHAMRAOUI SANAA											
114698408	31/08/2023	C	MEDECINE GENERALE	150,00	80,00	1.00	1,00	80,00	90,00	22/09/2023	72,00
114698408	31/08/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	534,00	0,00	1.00	8,00	0,00	0,00	22/09/2023	376,38
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											448,38
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											448,38

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام