

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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



19/7/2

Déclaration de Maladie

M23- N° 0038857

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1946 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Rh AZOUANI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- |                                                                                                                    |                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>C</b> = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien                                                        | <b>SF</b> = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| <b>CS</b> = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | <b>SFI</b> = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme                  |
| <b>CNPSY</b> = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre                                                     | <b>AMM</b> = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute         |
| <b>V</b> = Visite de jour au domicile du malade par le médecin                                                     | <b>AMI</b> = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière               |
| <b>VN</b> = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin                                                    | <b>AP</b> = Actes pratiqués par un orthophoniste                           |
| <b>VD</b> = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade                                                | <b>AMY</b> = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste                     |
| <b>VD</b> = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié                                       | <b>R-Z</b> = Electro - Radiologie                                          |
| <b>PC</b> = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie                                              | <b>B</b> = Analyses                                                        |
| <b>K</b> = Actes de chirurgie et de spécialistes                                                                   |                                                                            |

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- |                                                   |                                   |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE                   | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL                    | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM | - LA REEDUCATION                  |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS                       | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit         | - LES CURES THERMALES             |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes   | - LA CIRCONCISION                 |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelons     | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE       |
| - dans le temps.                                  |                                   |

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

Mutuelle Complémentaire



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 0663555

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **RHAZOUANI MED EL MAHFOUD**  
Matricule : **1846** Fonction : **RETRAITE** Poste :  
Adresse :  
Tél. : **06 6146 26 19** Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **ZOHRY FATIMA** Age **18** / **02** / **51**  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie :  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :  
A **CASA** le **19** / **02** / **24** Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION **0663555**  
Matricule N° : **1846**  
Nom du patient : **ZOHRY Fatima**  
Date de dépôt : **19-02-2024**  
Montant engagé  
Nombre de pièces jointes : **3 feuille**





## 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	Dates 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.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANT DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANT DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION











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  
Le : 26/01/2024

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 192159815

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 26/01/2024 : من  
au : 26/01/2024 : إلى

Destinataire

المرسل إليه

ZOHRY FATIMA

Veuillez 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 rembour- -ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ZOHRY FATIMA											
67231888	11/12/2023	PH	PHARMACIES D	935,40	0,00	1,00	19,00	0,00	0,00	26/01/2024	629,72
67231888	11/12/2023	C	OFFICINES MEDECINE GENERALE	100,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	26/01/2024	56,00
			Total remboursé								685,72
			Total général remboursé								685,72

- 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](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://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

**Médecine Générale**  
**Echographie**  
**Analyse Diabète**  
**Enfant, Femme & Homme**



الطب العام  
الفحص بالأشعة  
تحليلات السكر  
أطفال، نساء و رجال

*Casablanca, le :*

Pharmacie ASKIA  
Dr. NISIK L. AMITA  
Région Andalous - Castablanca  
Cité Plateau - 25 35 20  
Tél : 05 22 99 15 54  
Fax : 05 22 99 15 54  
N° 41  
INPE : 092066935 - If : 40296141  
I.C.E. : 0907025000000074

11.40 x 4

De la page 100

5A.410 x3

1 - Sepu 2V  $\text{N}_3$

4180 x3 21 x2

139.00 a 3  $\frac{1}{2}$  cr. mg

31.20-43

 $24.70 \times 3$ 

Docetaxel Fatima WZRD  
RUBEN RUIZ  
TEL: 0867 83 02 81 - 0867 83 02 82  
80 DÍAS EL HAYO - CANTON  
PUEBLO NUEVO, L.A. N. 4

10931.40

All ch

3 Mar

100-443886-1000

إقامة أسامة، الطابق الثاني، شقة 3 تجرقة 4 شارع الدريس الحارثي (فوق قاعة) الدار البيضاء - الهاتف 06 67 03 02 61  
Résidence Oussama, 2ème Etage, Appt 3, Lot N°4 - Bd Driss El Harti - Tél.: 06 67 03 02 61 - Casablanca

LOT : ZZE004  
PER: 04 2025  
AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 41DH80  
6 118000 010227

LOT : ZZE003  
PER: 04 2025  
AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 41DH80  
6 118000 010227

LOT : ZZE001  
PER: 04 2025  
AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 41DH80  
6 118000 010227

TARAXET® 25 mg  
TARAXET® 25 mg  
30 Comprimés pelliculés sécables  
TARAXET® 25 mg  
30 Comprimés pelliculés sécables  
AMM N° 34713 DMF/21/NNE  
6 118000 022954

Doliprane® 500 mg

Doliprane® 500 mg  
PARACETAMOL  
12 Sachets

Doliprane® 500 mg  
PARACETAMOL

Doliprane® 500 mg  
PARACETAMOL  
12 Sachets

6 118000 040330

Alpraz® 0,5 mg  
28 comprimés sécables

Alpraz® 0,5 mg  
28 comprimés sécables

Alpraz® 0,5 mg  
28 comprimés sécables

6 118000 020530

SEPCEN® 250 mg  
ciprofloxacine  
10 comprimés pelliculés

SEPCEN® 250 mg  
ciprofloxacine

6 118000 230175  
SEPCEN® 250 mg  
ciprofloxacine  
10 comprimés pelliculés

Ineso 20 mg  
28 Gélules  
Deva Pharmaceutique

Ineso 20 mg  
28 Gélules

Ineso 20 mg  
28 Gélules  
Deva Pharmaceutique

6 118000 410447