

## 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.

### 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 - 5ème 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° W19-474838

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12071 Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : TOUINSSI Ayoub

Date de naissance : 16/12/1989

Adresse : Rue 123 N°3 Groupe I Oufja, Casablanca

Tél. : 0600828955 / 0665515857 Total des frais engagés : 214,0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

16 OCT. 2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Accellou Kam 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 : Casablanca Le : 16 / 10 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

جرد الوصفات

Pharmacie ~~Beni~~  
Dr. Bernani J. Lar  
302, Bd Oued Senou - Ouh  
CASABLANCA  
Tél: 0522 50 16 00

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

INP: | | | | | | | |

## عمليات المساعدين الطبيين

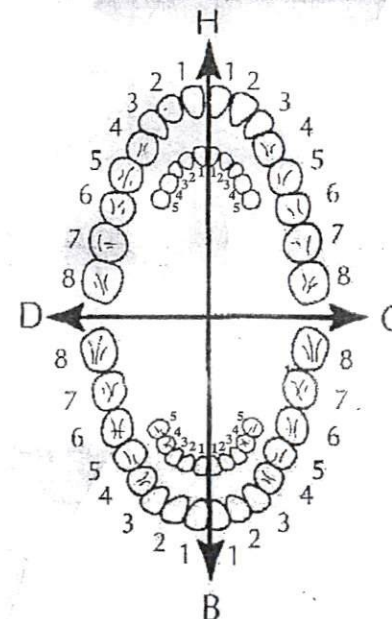
INP: 

--	--	--	--	--	--	--	--

صف العمليات المعجزة

Signature et Cachet du Chirurgien  
Dentiste

Dr. Haniene Olati  
Chirurgie dentaire et orthodontie  
Angle 134 B, Anzalone et Paele Center  
El Abidi, 111, 1<sup>er</sup> Etage, Maadi, Casablanca  
Tél: 022-38.5624 - Gsm: 061 141 03 414  
www.drhaniene.ma - E-mail: info@drhaniene.ma



Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.



# Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Établir 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, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

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 frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

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 et réglementaires.

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

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة بكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأمنيتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي 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.

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 ماسبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة  
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent : \_\_\_\_\_

تاريخ الإيداع : \_\_\_\_\_

تاريخ الإستلام : \_\_\_\_\_



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

### Feuille de soins dentaires

موافقة مسبقة  
Entente préalable\*

تنفيذ  
Exécution\*

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

مرجع رقم : 610-1-04

### خاص بالمؤمن له (لها) Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : LANBARKI AFAFE

رقم التسجيل : 18.3111089

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B1K356340

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) : هو نفسه

العنوان : Rue 122, N° 48, Groupe "I", El Oulfa, Casa

Montant des frais : 214,50 Dhs.

عدد الوثائق المرفقة : 4

### تصريح طبيب الأسنان Déclaration du Chirurgien Dentiste

المستفيد من العلاجات : LANBARKI AFAFE

الاسم العائلي والشخصي : LANBARKI AFAFE

تاريخ الازدياد : 14.01.1990

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B1K356340

الجنس : أنثى F ☒ ذكر M ☐

### تعريف الطبيب المعالج Identification du Chirurgien Dentiste

الرقم الوطني الاستدالي للممارس : 196211129

نوع العلاجات : علاجات

علاجات\* ☒

البذلة السنية\* ☐

تقويم الأسنان الوجهي\* ☐

علاجات أخرى\* ☐

رقم الموافقة المسبقة : \_\_\_\_\_

في حالة جادث. يرجى تحديد مايلي : \_\_\_\_\_

تاريخ : \_\_\_\_\_

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

فعل : Casalencia

في : 09/08/2019

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

\_\_\_\_\_

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

فعل : CH

في : 09/08/2019

توقيع وطابع طبيب الأسنان

Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

\_\_\_\_\_

- INP : Identification Nationale du Praticien

- \* Cocher la mention utile pour chaque case

www.cnss.ma : 05 22 54 86 73 - الهاتف 2186 - الدار البيضاء المحطة - 2186 - الدار البيضاء من. ب. 2186 Casa-Gare-Téléphone : 05 22 54 86 73 - Fax : 05 22 54 86 73 - Web : www.cnss.ma

مركز الاتصال 08200 7200

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06
	Référence structurée : 191089522421611	Emis à Casablanca le : 01/10/2019	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 183111080 Règlement du mois : 10/2019 Mode de paiement : Virement	LAMBARKI AFAFE RUE 122 N 48 GR I EL OULFA CASABLANCA 2000	
	Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
LAMBARKI AFAFE										
057989318	02/08/2019	C	CHIRURGIEN	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
057989318	02/08/2019	PH	DENTISTE PHARMACIE	14,00	14,00	1,00	1,00	14,00	70	9,80
Total remboursé pour AFAFE										65,80
Total général remboursé										65,80

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



Dr. Hanane Otari Laraki

Chirurgie Dentaire, Implantologie et Orthodontie

Diplômée en Psychologie

à l'Université de Montréal - Canada



الدكتورة حنان عطارد العراقي

جراحة، زرع الأسنان و تقويم الإعوجاج

حائزة على دبلوم علم النفس بجامعة

مونترéal - كندا

Casablanca le : 2/5/19

M- (MARIANE AFAFC)

14, 0

Doliprane 1000 mg

103 / 1 / 19

Pharmacie TAM  
302, Bd Oued Sebou - Ouf  
Tél: 0522 90 18 99

Dr. Hanane Otari Laraki  
Chirurgie dentaire  
Angle 131, Bir Anzarane  
El Abidi N°1 - 1<sup>er</sup> Etage - Maarif - Casablanca  
Tél: 022 98 46 24  
www.dr-hanane.com

PPV: 14DH00  
PER: 04/22  
LOT: 1902



# Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

**DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :**  
La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90 (1111,11 mg), pour un comprimé.  
Les autres composants sont : croscarmellose sodique, povidone K30, amidon de maïs pré-gélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

**QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?**  
Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans).  
Lire attentivement la rubrique "Posologie".  
Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.  
**QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?**

**Contre-indications :**  
Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :  
allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

**PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :**

**Précautions Particulières :**  
Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.  
En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

**Mises en garde :**  
En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

**Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").**

**Grossesse et allaitement :**  
Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.



زاوية 131 شارع بئر أنزران، زنقة المنصور العبدى رقم 1 - المعاريف - الدار البيضاء

Angle 131, Bir Anzarane et Rue El Mansour El Abidi N°1 - 1<sup>er</sup> Etage - Maarif - Casablanca

Tel: 05 22 98 46 24 - GSM: 06 61 74 31 93 / 06 44 22 39 14