

## 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

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

COMPLEMENTAIRE



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-562600

206736

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01391 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SOUALY Mohamed  
 Date de naissance : 01-01-1952  
 Adresse : Jnane californie, Saphir 4 Apt 18  
 Ain chock casablanca  
 Tél. : 07 01 32 06 4 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 :

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 : 22 / 03 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

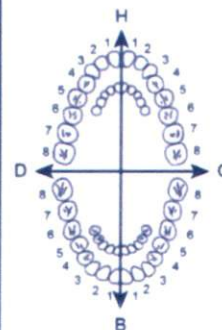


[illegible][illegible]

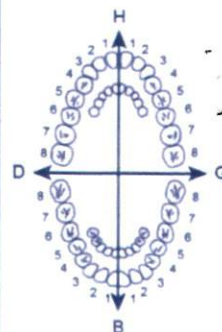
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

**\* 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
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

FIN  
D'EXECUTION

DATE DE  
L'EXECUTION

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. : 619-2-06 : مرجع رقم

Enis à : CASABLANCA  
Le : 01/03/2024

أصغر ب :  
بأكبر :  
تاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 183619729

رقم التسجيل

Destinataire  
ZIATT AMINA

المرسل إليه

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 01/03/2024 : من  
au : 01/03/2024 : إلى

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	التعويضات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coef.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ZIATT AMINA											
126493075	02/01/2024	AMK	KINESITHERAPEUTE	3000,00	50,00	1.00	20,00	1000,00	77,00	01/03/2024	770,00
Total remboursé											770,00
Total général remboursé											770,00

- 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 بالخط الساخن على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الإرقام



## uivre

de soins par personne et par

is doit être accompagnée de es justificatives originales cales, factures, ....).

om de la personne soignée i par les praticiens eux mêmes le soins.

transmises doivent être es codes à barres des és.

oins ainsi que les pièces it être présentées à la CNSS i qui suivent le premier acte a traitement médical continu. s, le dossier doit être présenté 60) jours qui suivent la fin du

it des frais engagés sera de la tarification nationale de

ons ne peuvent donner lieu au ue suite à accord préalable. ières est disponible auprès de i.

ux accidents du travail et nnelles ne sont pas couverts.

pable de fraude ou de fausse otenir des prestations qui ne assible des sanctions légales

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

توقيع وطابع ال  
gnature de l'Agence

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 المرسله بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

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.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.  
لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض 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 الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ماسبق ذكره.

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

Tel 06599 11671

<p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	REF. ANAM : 1.2.01.01
	Feuille de Soins Maladie		مرجع رقم 610-1-02	
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :	Ziatt Amina	الاسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation :	183619729	رقم التسجيل :
N° CIN :	B229963	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)*
Adresse :	Maroc, Casablanca, Saphir, Apt 18 2 étage Ain chook CAS	العنوان :
Montant des frais :	3000 Dhs.	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes :	4	عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins :		المستفيد من العلاجات
Nom et prénom :	Ziatt Amina	الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance :	22 04 1957	تاريخ الازدياد :
N° CIN :	B229963	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* :	M	الجنس* :
INPE et code à Barres**	0154886808	الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**

Médecin traitant	المؤسسة العلاجية
الطبيب المعالج	

Type de soins*	نوع العلاجات*
Hospitalisation <input type="checkbox"/> إستشفاء	مرض <input type="checkbox"/> Maladie
Maternité <input type="checkbox"/> أمومة	حادث <input type="checkbox"/> Accident

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
Fait à : 14 02 2014	في : 14 02 2014
Le : [Signature]	في : [Signature]
Tوقيع 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





إفادة بالاستلام  
Accusé de réception

Réf. 441-2-12

Date: 22/03/2024 التاريخ:

Heure: 12:22:09 الساعة:

Destinataire:

المرسل إليه:

ZIATT AMINA  
JNAN CALIFORNIE IMM SAPHIR 4 ETG 3 APPT 18  
AIN CHOCK, 20000 CASABLANCA, MAROC

L'assuré

المؤمن له

Nom et prénom

ZIATT AMINA

الاسم العائلي والشخصي

N° d'immatriculation

183619729

رقم التسجيل

Le réclamant

صاحب الشكاية

Nom et prénom

ZIATT AMINA

الاسم العائلي والشخصي

Identifiant du réclamant (1)

B229963

تعريف صاحب الشكاية (1)

Informations sur la réclamation

معلومات عن الشكاية

N° dossier sujet de réclamation

20240400025141

رقم الملف موضوع الشكاية

Domaine concernée par la réclamation

AMO

المجال المعني بالشكاية

Objet de réclamation

Dossier de remboursement

موضوع الشكاية

Bénéficiaire

ZIATT AMINA

المستفيد

Madame, Monsieur,  
Nous avons bien reçu votre demande. Nous vous informons  
qu'elle sera transmise aux services compétents.

سيدتي، سيدي،  
لقد توصلنا بطلبكم. نخبركم أنه سيتم إحالته على المصالح المختصة.

(1) : Ou le titre de séjour pour les étrangers (carte de résidence ou carte d'immatriculation)

(1): أو سند الإقامة بالصفة للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل)

Pour plus d'informations :

للمزيد من المعلومات :

merci de visiter notre site Web

www.cnss.ma

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

ou le portail des assurés

www.macnss.ma

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

ou l'application mobile

MaCNSS

أو تطبيق الهاتف

ou appeler notre serveur vocal au numéro

080 20 30 100

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

080 203 3333 / 080 200 7200

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

Fax / الفاكس

Tél / الهاتف

Ville / المدينة

Adresse / العنوان

Agence / وكالة

Agence 04-SOCRATE  
37, RUE SOCRATE MAARIF  
CASA BP 20100  
Code Postal 20330

AGENCE SOCRATE