

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 rapport (rезультата в конфиденциальном) 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.



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-662142

*par
PCOM*

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9261

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OULD CHAOUIA Fatim Zahra

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Hassan Kisra
Professeur à la Faculté de Médecine
Psychiatre - Psychothérapeute
C.H.U. Ibn Sina - Rabat
INPE : 101123164

Date de consultation :

01/06/23

Nom et prénom du malade :

Ould Chaozia Fatim Zahra Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Mme réagit

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-662142

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

BELEVE 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
29/10/13	Co		400,00	<p style="text-align: center;">Doktor: Hassan KISRA Professeur à la Faculté de Médecine Psychiatre - Psychothérapeute C.H.U. Ibn-Sina, Rabat INPE : 101123164</p>

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS 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"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Quittance N°

IPP : 1 408 806 N° de dossier : C233984406

2 843 262
DI : 3 244 545

Patient : OULD CHAOUIA FATIMA ZAHRA

Montant : 400,00 Dh (quatre cents et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 05/06/2023

Description :

Medecin : C0441 KISRA HASSAN

Motif : CONSULTATION PSYCHIATRE

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 1

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.



Cachet du caissier :

N° 2151380

Docteur Hassan KISRA

Professeur de Psychiatrie

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

Médecin Psychiatre - Psychothérapeute

Thérapies Comportementales et Cognitives

Adultes, adolescents et enfants

C.H.U. Ibn Sina ,

GSM : 06 69 74 02 66

الدكتور حسن كسرى

أستاذ في الطب النفسي

كلية الطب والصيدلة - الرياض

طبيب نفسي - معالج نفسي

العلاج السلوكي و المعرفي

الكبار و الأطفال

المركز الاستشفائي ابن سينا

المحمول : 06 69 74 02 66

Le 05/06/23

Certificat Médical

Je, soussigné Docteur H. Kisra, Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie et Psychiatre à l'Hôpital Ar-Razi de Salé, certifie que Mme Ould Chaouia Fatima Zahra nécessite une prolongation de son congé de maladie trois mois, à partir du 08/06/23.

Certificat pour usage administratif.

Pr H. Kisra

*Docteur Hassan KISRA
Professeur à la Faculté de Médecine
Psychiatre - Psychothérapeute
C.H.U. Ibn Sina - Rabat
INPE : 101123164*

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la Consultation

08/06/2023

2) Renseignements Clinique Sommaire :

Maladie de Schizophrénie

3) Traitement envisagé et actes correspondant à la cotation indiquée sur la note réf.

Antipsychotiques, analgésiques

Traitement

et psychosocial thérapie

4) Durée prévisible du traitement

6 mois

A ... RT ... le ... 08/06/23

VISA ET CACHET DU MEDECIN

Docteur Hassan Kisra
Professeur à la Faculté de Médecine
Psychiatre - Psychothérapeute
CHU Ibn Sina - Rabat

REF. : 451-4-45

Indice de révision : 01



FICHE MEDICALE
CONFIDENTIELLE

DIRECTION DES
ASSURES

REF. : 451-4-45

Application de la Convention de Sécurité Sociale MAROC -

NOM ET PRENOM DU MALADE →

NUMERO DU DOSSIER →

NUMERO D'AFFILIATION →

PLIA JONDRE A LA DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

Ce pli ne doit être rempli que par le médecin conseil de la C. N. S. S.

Cadre à remplir par le médecin traitant		إطار يملأ من طرف الطبيب المعالج	إطار يملأ من طرف الطبيب
Diagnostic	<i>Telle si pose</i>		التشخيص
Date d'interruption du travail	تاريخ الانقطاع عن العمل		المستشار أنا الموقع أسلفه الدكتور
Date de prolongation d'arrêt du travail	تاريخ تسييد الانقطاع عن العمل		طبيب مستشار بوكالة
Nombre de jours d'arrêt ou de prolongation	En chiffre 0,90	عدد أيام التوقف أو التسييد	فحصت السيد (ة)
En toutes lettres		بمدون	قرار الطبيب
En cas de Maternité		في حالة ولادة	
Date présumée de l'accouchement	التاريخ المتوقع للولادة		عدد الأيام الممنوحة
Date réelle de l'accouchement	تاريخ الولادة		بالحروف
Je soussigné(e) médecin traitant		أنا الموقع أسلفه الطبيب المعالج	Avoir examiné Madame / Monsieur
Identifiant National du Praticien		الرقم الوطني للمهني الاستدالي للطبيب	Décision du médecin
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables		أصرح بصدق و صحة المعلومات المذكورة أعلاه	قرار الطبيب
Fait à	Le 05/06/23		بيان
Signature et cachet du médecin		امضاء و ختم الطبيب	Signature et cachet du médecin

Conditions d'octroi

Indemnités journalières de maladie ou d'accident

Pour acquérir le droit à la première indemnité l'assuré doit justifier de cinquante-quatre jours, continus ou discontinus, de cotisation pendant les six mois civils précédant l'incapacité. Postérieurement à l'incapacité initiale, l'assuré ne peut prétendre de nouveau à l'indemnité journalière qu'après une période minimum de six jours continus ou discontinus de cotisation après la reprise du travail. Au cas où l'incapacité est due à un accident pour lequel la législation des accidents de travail ou des maladies professionnelles ne s'applique pas, le droit aux indemnités journalières est reconnu sans tenir compte de la condition de 54 jours de cotisation à condition que le concerné soit assujetti au régime de la CNSS au moment de l'accident.

Delai de dépôt

L'avis d'interruption de travail doit être déposé dans un délai maximum de 30 jours à compter de la date de l'interruption du travail.

Sous peine de prescription, et sauf en cas de force majeure, la demande d'indemnités journalières de maladie doit être déposée dans un délai de moins de 6 mois après la date de l'incapacité.

Indemnités journalières de maternité

La femme salariée qui cesse toute activité salariée à l'occasion de l'accouchement bénéficie d'indemnités journalières pendant 14 semaines.

Conditions d'octroi

- justifier d'au moins 54 jours de déclarations et de cotisations pendant les 10 mois civils précédant la date d'arrêt de travail pour accouchement, et qu'elle soit résidente au Maroc

Délai de dépôt

- pour l'avis d'interruption de travail, le délai de dépôt est de 30 jours suivant l'interruption du travail
- pour la demande d'indemnités journalières de maternité, le délai de dépôt est de 9 mois à compter de la date d'arrêt de travail, sous peine de déchéance et sauf cas de force majeur

Pièces à joindre à cette demande

- Copie de la CNSS ou le titre de séjour pour les étrangers (carte de résidence ou carte d'immatriculation) si le dépôt n'est pas fait auparavant à la CNSS ;
- Attestation RIE ou spécimen de chèque (si le dépôt n'est pas fait auparavant à la CNSS).

Ajouter selon le cas :

En cas de Maladie

- Pli confidentiel du médecin traitant (facultatif).
- Copie du procès verbal de police ou de gendarmerie (accident de la voie publique) .

En cas de Prolongation

- Pli confidentiel du médecin traitant (facultatif).

En cas de Maternité

- Extrait d'acte de naissance ou, à défaut, un certificat de naissance délivré par le médecin .

- Certificat de décès en cas de décès du nouveau-né .

Montant de la prestation

Indemnités journalières de maladie

- Durée indemnité accordée à partir du quatrième jour pendant 52 semaines au maximum au cours des 24 mois qui suivent le début de l'incapacité.
- Montant : 2/3 du salaire journalier moyen soumis à cotisation et perçu durant les six derniers mois précédant l'arrêt de travail.

Indemnités journalières de maternité

- Durée : 14 semaines à partir de la date d'arrêt du travail
- Montant : 100% du salaire journalier moyen soumis à cotisation et perçu pendant les six derniers mois précédant l'arrêt du travail rendu nécessaire par la proximité de l'accouchement

Cadre à remplir par le médecin conseil		إطار يملأ من طرف الطبيب			
Je soussigné Dr.		المستشار أنا الموقع أسلفه الدكتور			
Médecin Conseil à l'Agence		طبيب مستشار بوكالة			
Avoir examiné Madame / Monsieur		فحصت السيد (ة)			
Décision du médecin		قرار الطبيب			
Nombre de jours accordés		عدد الأيام الممنوحة			
En toutes lettres		بالحراف			
A partir de		ابتداء من			
L'incapacité est elle due à		العجز ناتج عن			
Un accident de travail	Oui <input type="checkbox"/>	نعم	Non <input type="checkbox"/>	لا	حادث شغل
Une maladie professionnelle	Oui <input type="checkbox"/>	نعم	Non <input type="checkbox"/>	لا	مرض مهني
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables		أصرح بصدق و صحة المعلومات المذكورة أعلاه			
Signature et cachet du médecin		امضاء و ختم الطبيب			
Fait à	Le		حرر في		
Signature et cachet du médecin		بيان			

شروط الاستفادة

شروط الاستفادة
للحصول على العجز في التعرض الأول، يجب على المؤمن له أن يثبت قضاء أربعة وخمسين يوما متصلة أو غير متصلة من الاشتراك خلال السنة أشهر العدة السابقة لحصول العجز ، ولا يحق المؤمن له بعد العجز الأول التعرض للعزم من جديد إلا بعد أن تمر على استئناف العمل مدة الالها ستة أيام متواصلة أو غير متواصلة مدفوع عنها الاشتراك .
إذا كان العجز ناتجاً عن حادث لا يجري عليه التشبیح الشخص بجراد الشلل والإعراض البهلوانية اعتبر للعصاب بالحق في التعرضات اليومية دون مراعاة شرط قضاء أربعة وخمسين يوما من الاشتراك على أن يكون المصاص خاضعا لنظم المندوب الوطني للمساند الاجتماعي عند وقوع الحادث .
أجل الإيداع
يجب على المؤمن له أن يودع الإشعار بالانقطاع عن العمل في أجل القاء 30 يوماً ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل .
لو لم يجد على المؤمن له تمت طلقة القاتل، ما لم تحل دون ذلك فوراً فما يليه طلب التعرضات اليومية عن الإسراف والحوادث في أجل السنة أشهر العدة السابقة لتاريخ العجز عن العمل .

التعويضات اليومية عن العرض أو حادث

شروط الاستفادة
تستفيد المؤمن لها، عند انقطاعها عن العمل من أجل الولادة، من تعويضات يومية عشر أيام عا
- إن تقدر على الإقامة على الأقل على 54 يوما من التصرفات بالأجر على الأشتراك خلال الأشهر العدة السابقة لارتفاع نسخة التوقف عن العمل من أجل الولادة وأن تكون قطة مغاربة
أجل الإيداع
بالنسبة للإعسار بالانقطاع عن العمل يتم إيداعه في أجل لا يتعدى 30 يوماً ابتداء من تاريخ الانقطاع عن العمل .
بالنسبة للطلب التعرضيات اليومية عن الولادة يتم إيداعه في أجل لا يتعدى 6 أشهر ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل .
طلقة القاتل ما لم تحل دون ذلك فوراً فما يليه طلب التعرضيات اليومية عن الولادة .

وثائق الواجب إرفاقها مع هذا الطلب

- نسخة من البطاقة الوطنية للتعرف أو سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل) إذا لم يسبق للمؤمن له الإلاعنة بها لدى مصالح الصندوق الوطني للمساند الاجتماعي .
- شهادة بيضاء شخصية أو نموذج شيك (إذا لم يسبق للمؤمن له الإلاعنة) بتعريفه البنكي لدى مصالح الصندوق الوطني للمساند الاجتماعي .
- تصانيف إلى هذه الوثائق:
 - في حالة حريق طب سري للطبيب المعالج (اختباري) .
 - نسخة من محضر الشرطة أو الشرك الملكي (حدث بالطريق العام) في حالة التهديد .
 - في حالة اغلاق طب سري للطبيب المعالج (اختباري) .
 - في حالة أمومة عقد الإزيد أو شهادة الولادة سلسلة من طرف الطبيب .
 - شهادة الولادة في حالة ولادة سلسلة الجديدة .

مبلغ التعويض

التعويضات اليومية عن العرض
- مدة التعرض . يصرف التعويض ابتداء من اليوم الرابع وطوال 52 أسبوعا على الأكثر خلال 24 شهراً الموالية لبداية العجز .
- مبلغ التعويض : 3/2 من متوسط الأجر اليومي الخاص للأشتراد والتغوص خلال 6 أشهر السابقة للتوقف عن العمل .
التعويضات اليومية عن الولادة
- مدة التعرض . أربعة عشر أسبوعا ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل .
- مبلغ التعويض : 100% من متوسط الأجر اليومي الخاص للأشتراد والتغوص خلال السنة أشهر السابقة للتوقف عن العمل .
العمل يسبق الولادة .

المزيد من المعلومات

برغي زمرة موقعة الإلكتروني

أو طبقة الإلكترونية للمؤمن له

أو تطبيق هواتف

أو الاتصال بالهاتف الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال للمساند على الأرقام

www.cnss.ma

www.muciss.ma

Ma CNSS

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

