

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

- Reclamation : 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-662142

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9261 Société : par com

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Fatim Zahra

Nom & Prénom : OULD CHAOUIA

Date de naissance : 16/06/23

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 05/06/23

Nom et prénom du malade : Ould Chaouia Fatim Zahra 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 : 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 :

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
21/06/13			4.000.00	Docteur Hassan Kissa Professeur à la Faculté de Médecine Psychiatre - Psychogériatre C.H.U. Ibn Sina - Rabat INPE : 101123164

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

Service Admission/Facturation



المملكة المغربية
مستشفى الشيخ زايد
مستشفى جامعي دولي

Quittance N°

IPP : 1 408 806 N° de dossier : C233984406

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

Cachet du caissier :

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.

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 كسري

أستاذ في الطب النفسي

كلية الطب و الصيدلة - الرباط

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

28/06/2023

2) Renseignements Clinique Sommaire :

Telle que suit

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

Mitryne / Alou, unil /

trout

+ épisode de trig.

4) Durée prévisible du traitement

6-8

A

RT

le

08/06/23

VISA ET CACHET DU MEDECIN

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

Indice de révision : 01

REF. : 451-4-45



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 →

PLI A 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

Diagnostic التشخيص
Tuberculose

Date d'interruption du travail تاريخ الانقطاع عن العمل
08/06/2023

Date de prolongation d'arrêt du travail تاريخ تمديد الانقطاع عن العمل

Nombre de jours d'arrêt ou de prolongation عدد أيام التوقف أو التمديد
En chiffre 090

En toutes lettres بالحروف

En cas de Maternité في حالة ولادة

Date présumée de l'accouchement التاريخ المتوقع للولادة

Date réelle de l'accouchement تاريخ الولادة

Je soussigné médecin traitant أنا الموقع أسفله الطبيب المعالج

Identifiant National du Praticien الرقم الوطني الاستدلالي للطبيب

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables أصرح بصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Signature et cachet du médecin إحصاء وختم الطبيب

Fait à حور في

Le بتاريخ

Cadre à remplir par le médecin conseil إطار يملأ من طرف الطبيب المستشار

Je soussigné Dr. أنا الموقع أسفله 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 بالحروف

A partir de ابتداء من

L'incapacité est elle due à العجز ناتج عن

Un accident de travail حادث شغل

Une maladie professionnelle مرض مهني

Oui نعم **Non** لا

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables أصرح بصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Signature et cachet du médecin إحصاء وختم الطبيب

Fait à حور في

Le بتاريخ

Conditions d'octroi شروط الاستفادة

Indemnités journalières de maladie ou d'accident شروط الاستفادة

Conditions d'octroi لاكتساب الحق في التعويض الأول، يجب على المؤمن له أن يثبت قضاء أربعة وخمسين يوما متصلة أو غير متصلة من الإضراب خلال السنة الشهر المدنية السابقة لحصول العجز. ولا يستحق المؤمن له بعد العجز الأول التعويض اليومي من جديد إلا بعد أن تمر على استئنافه للعمل مدة اقلها ستة أيام متوالية أو غير متوالية مدفوع عنها الإضراب. وإذا كان العجز ناتجا عن حادث لا يجري عليه التبريع الخاص بحوادث الشغل والأضرار المهنية اعترف للمصاب بالحق في التعويضات اليومية دون مراعاة شرط قضاء أربعة وخمسين يوما من الإضراب على أن يكون المصاب خاضعا لنظام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي عند وقوع الحادث.

أجل الإيداع يجب على المؤمن له أن يودع الإضراب بالانقطاع عن العمل في أجل أقصاه 30 يوما ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل. أيضا يجب على المؤمن له، تحت طائلة التلقا، ما لم تحل دون ذلك قوة قاهرة، إيداع طلب التعويضات اليومية عن الأضرار والحوادث في أجل السنة أشهر الموالية لتاريخ العجز عن العمل.

التعويضات اليومية عن الولادة تستفيد المؤمن لها، عند انقطاعها عن العمل من أجل الولادة، من تعويضات يومية لمدة أربعة عشر أسبوعا.

شروط الاستفادة - تنظر على الأقل على 54 يوما من التبريعات بالأجور مدفوع عنها الإضراب خلال الأشهر المدنية الثلاثة السابقة لتاريخ إضرابها أو للتوقف عن العمل من أجل الولادة أو أن تكون قاتلة بالسفر.

أجل الإيداع - بالنسبة للإضراب بالانقطاع عن العمل يتم إيداعه في أجل لا يتعدى 30 يوما ابتداء من تاريخ الانقطاع عن العمل؛ - بالنسبة للطلب التعويضات اليومية عن الولادة يتم إيداعه في أجل لا يتعدى 9 أشهر ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل، تحت طائلة التلقا، ما لم تحل دون ذلك قوة قاهرة.

Pièces à joindre à cette demande الوثائق الواجب إرفاقها مع هذا الطلب

- Copie de la CNIE 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 مبلغ التعويض

Indemnités journalières de maladie مدة التعويض - يصرف التعويض ابتداء من اليوم الرابع وطوال 52 أسبوعا على الأكثر خلال 24 شهرا الموالية لبداية العجز؛ - مبلغ التعويض : 2/3 الأجر اليومي المتوسط الخاضع للاشتراك والمقبوض خلال 6 أشهر السابقة للتوقف عن العمل

Indemnités journalières de maternité مدة التعويض - أربعة عشر أسبوعا، ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل؛ - مبلغ التعويض : 100% من متوسط الأجر اليومي الخاضع للاشتراك والمقبوض خلال السنة السابقة للتوقف عن العمل بصيب الولادة

Pour plus d'informations المزيد من المعلومات :
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.marcnss.ma
Ma CNSS
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

07 312-1-16
idice de révision 04 07 05 2021

شروط الاستفادة

التعويضات اليومية عن العرض أو حادث

شروط الاستفادة لاكتساب الحق في التعويض الأول، يجب على المؤمن له أن يثبت قضاء أربعة وخمسين يوما متصلة أو غير متصلة من الإضراب خلال السنة الشهر المدنية السابقة لحصول العجز. ولا يستحق المؤمن له بعد العجز الأول التعويض اليومي من جديد إلا بعد أن تمر على استئنافه للعمل مدة اقلها ستة أيام متوالية أو غير متوالية مدفوع عنها الإضراب. وإذا كان العجز ناتجا عن حادث لا يجري عليه التبريع الخاص بحوادث الشغل والأضرار المهنية اعترف للمصاب بالحق في التعويضات اليومية دون مراعاة شرط قضاء أربعة وخمسين يوما من الإضراب على أن يكون المصاب خاضعا لنظام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي عند وقوع الحادث.

أجل الإيداع يجب على المؤمن له أن يودع الإضراب بالانقطاع عن العمل في أجل أقصاه 30 يوما ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل. أيضا يجب على المؤمن له، تحت طائلة التلقا، ما لم تحل دون ذلك قوة قاهرة، إيداع طلب التعويضات اليومية عن الأضرار والحوادث في أجل السنة أشهر الموالية لتاريخ العجز عن العمل.

التعويضات اليومية عن الولادة تستفيد المؤمن لها، عند انقطاعها عن العمل من أجل الولادة، من تعويضات يومية لمدة أربعة عشر أسبوعا.

شروط الاستفادة - تنظر على الأقل على 54 يوما من التبريعات بالأجور مدفوع عنها الإضراب خلال الأشهر المدنية الثلاثة السابقة لتاريخ إضرابها أو للتوقف عن العمل من أجل الولادة أو أن تكون قاتلة بالسفر.

أجل الإيداع - بالنسبة للإضراب بالانقطاع عن العمل يتم إيداعه في أجل لا يتعدى 30 يوما ابتداء من تاريخ الانقطاع عن العمل؛ - بالنسبة للطلب التعويضات اليومية عن الولادة يتم إيداعه في أجل لا يتعدى 9 أشهر ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل، تحت طائلة التلقا، ما لم تحل دون ذلك قوة قاهرة.

الوثائق الواجب إرفاقها مع هذا الطلب

- نسخة من البطاقة الوطنية للتعريف أو سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل) إذا لم يسبق للمؤمن له الإيداع بها لدى مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
- شهادة بكنية شخصية أو نموذج شك (إذا لم يسبق للمؤمن له الإيداع بتعريفه البيني لدى مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي)
- تصانف إلى هذه الوثائق:

في حالة مرض

- طبي سري للطبيب المعالج (اختياري)
- نسخة من محضر الشرطة أو الدرك الملكي (حادث بالممرير العام)

في حالة التمدد

- طبي سري للطبيب المعالج (اختياري)

في حالة أمومة

- عقد الزواج أو شهادة الولادة سلسة من طرف الطبيب
- شهادة وفاة في حالة وفاة المولود الجديد

مبلغ التعويض

التعويضات اليومية عن العرض

- مدة التعويض - يصرف التعويض ابتداء من اليوم الرابع وطوال 52 أسبوعا على الأكثر خلال 24 شهرا الموالية لبداية العجز؛
- مبلغ التعويض : 2/3 الأجر اليومي المتوسط الخاضع للاشتراك والمقبوض خلال 6 أشهر السابقة للتوقف عن العمل

التعويضات اليومية عن الولادة

- مدة التعويض - أربعة عشر أسبوعا، ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل؛
- مبلغ التعويض : 100% من متوسط الأجر اليومي الخاضع للاشتراك والمقبوض خلال السنة السابقة للتوقف عن العمل بصيب الولادة

المزيد من المعلومات :
لإحدى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو للخدمة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بصاحب الألي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال الوطني على الأرقام

	إشعار بالانقطاع عن العمل و طلب التعويضات اليومية Avis d'interruption de travail et demande d'indemnités journalières	Référence : 312-1-16	رقم الملف
		N° Dossier	

Type de dossier (1)				نوعية الملف (1)
أمومة Maternité	تمديد Prolongation	حادث يعزى إلى الغير Accident imputable à un tiers (2)	مرض Maladie (2)	

Cadre à remplir par l'assuré(e)				إطار يملأ من طرف المؤمن له (ها)
N° de la CNI (3)	رقم البطاقة الوطنية للتعريف (3)	N° d'immatriculation	رقم التسجيل	
Prénom	الاسم الشخصي	Nom	الاسم العائلي	
Adresse				العنوان
Ville	المدينة	Quartier	الحي	
Pays	البلد	Code Postal	الرمز البريدي	
Téléphone portable	الهاتف النقال			
أصرح بصنق و صحة المعلومات المذكورة Je déclare les informations citées sincères et véritables				إمضاء المؤمن له (ها) Signature de l'assuré(e)

Cadre à remplir par l'employeur				إطار يملأ من طرف المشغل
L'employeur				المشغل
N° d'affiliation				رقم الانخراط
Assuré auprès de la compagnie d'assurance				مؤمن لدى شركة التأمين
Contre les risques AT/MP (4)				ضد أخطار حوادث الشغل والأمراض المهنية (4)
sous police n°				تحت رقم البوليصة
Certifie que l'assuré(e) ci-dessus mentionné(e) occupe actuellement le poste de				يشهد أن المؤمن له (ها) المشار إليه (ها) أعلاه (ت) يشغل حالياً وظيفة
A interrompu effectivement son travail le	انقطع فعليا عن العمل بتاريخ			
A prolongé son arrêt de travail le	مدد انقطاعه عن العمل بتاريخ			
أصرح بصنق و صحة المعلومات المذكورة Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables				إمضاء و ختم المشغل Signature et cachet de l'Employeur
Fait à				حرره في
Le				بتاريخ

(1) Cocher la case correspondante

(2) Les accidents de travail et les maladies professionnelles ne sont pas couverts par le régime de la sécurité sociale

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

(4) AT/MP Accident de travail, Maladie Professionnelle

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

Indice de révision 04_27/04/2021

(1) وضع علامة في الخانة المناسبة

(2) لا يغطي قانون الضمان الاجتماعي حوادث الشغل والأمراض المهنية

(3) أو سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل)

(4) حادثه بمرض مهني

تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.