

## 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-580947

58381

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2719 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : JEMSAHANI, Meel Carls

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 978734797 Total des frais engagés : 2850,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complémentaire

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## Instructions à suivre

Etablir 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...).

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

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

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 un 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.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à un accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

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.

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل 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 و الوثائق 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 و الأمراض 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 و كل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : _____ تاريخ الإيداع : _____ Date de dépôt du dossier : _____	تاريخ الاستلام : _____ Date d'arrivée : _____

	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</b> <b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-03
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution
N° Dossier :		
<b>Partie réservée à l'assuré(e)</b>		
خاص بالمؤمن له (ها) الاسم والعائلي والشخصي : <b>TEMSAMANI Med LANBI</b> رقم التسجيل : <b>19121161526</b> رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>BS27925</b> علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) : Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Adresse : <b>6, RUE DU ROUSSILLON - Q. DES HOPITAUX</b> مبلغ المصاريف : <b>2850,00</b> Dhs. عدد الوثائق المرفقة : <b>05</b>		
<b>Declaracion du Médecin traitant</b> المستفيد من العلاجات الاسم والعائلي والشخصي : <b>Tammar M. L. Carlier</b> تاريخ الميلاد : <b>09/03/1952</b> رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>1111111111</b> الجنس : * <input checked="" type="checkbox"/> ذكر M <input type="checkbox"/> أنثى F الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر : <b>1111111111</b> INPE et code à barres **		
Médecin traitant : <b>Dr. MELHAOUI Adil</b> الطبيب المعالج : <b>Neurochirurgien Supérieur</b> Type de soins : <b>Admission ALD *</b> Admission ALD : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N° dossier ALD : <b>1111111111</b> Code ALD : <b>1111111111</b> Maladie* <input type="checkbox"/> مرض* <input type="checkbox"/> Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء*		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : <b>26/08/2020</b> Le : <b>26/08/2020</b> Signature de l'assuré (e) : <b>Med LANBI</b> Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <b>26/08/2020</b> Le : <b>26/08/2020</b> Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins : <b>Dr. MELHAOUI Adil</b> Cachet et Signature de l'Agence : <b>Dr. MELHAOUI Adil</b> Professeur de l'Enseignement Supérieur CHU, Rabat - Sade Tél : 06 61 28 77 08 / 06 89 19 55 93 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casablanca		

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

<b>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</b>					
<b>Date d'exécution</b> تاريخ التنفيذ	<b>Prix facturé</b> الثمن المفوتر	<b>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</b> توقيع و طابع الصيدلي أو موزن التجهيزات الطبية			
<b>INPE et code à Barres</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					
<b>INPE et code à Barres</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS</b> <b>AMO</b>		 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06
	Référence structurée : 200998664449185		Emis à Casablanca le : 24/09/2020	Page : 1
	<b>Identifiant de la famille</b> تعريف العائلة N° d'immatriculation: 192216516 Règlement du mois : 09/2020 Mode de paiement : Virement		TEMSAMANI MOHAMMED L LARBI 6 RUE DU ROUSSILLON QU DES HOPITAUX CASA CASABLANCA 2036	
	<b>Informations :</b>			

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
TEMSAMANI MOHAMMED L LARBI										
080526962	14/07/2020	KCC	OPHTALMO CLINIQUE DE CASAB	8 500,00	6 500,00	1,00	1,00	6 500,00	70	4 550,00
080522984	19/08/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	350,00	150,00	1,00	1,00	150,00	90	135,00
080522984	19/08/2020	Z	MEDECIN SPECIALISTE	2 500,00	2 200,00	1,00	1,00	2 200,00	90	1 980,00
Total remboursé pour LARBI										6 665,00
Total général remboursé										6 665,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire 14/07/2020

- . Unité de Radiochirurgie  
Gamma knife perfexion
- . Unité de Neuroradiologie  
Interventionnelle
- . Unité d'Hospitalisation  
(Neurochirurgie, Neurologie  
Ophtalmologie, ORL)
- . Unité de Médecine physique  
et de Réhabilitation
- . Unité d'Imagerie  
-IRM  
-Scanner  
-Angiographie
- . Unité des Blocs Opératoires
- . Unité de Réanimation et  
Soins Intensifs
- . Laboratoire de Biologie
- . Laboratoire de  
Neuropathologie
- . Unité d'Explorations  
Fonctionnelles  
oto-neuro-ophtalmologiques
- . Consultations
  - . Neurochirurgie
  - . Neurologie
  - . Médecine Physique
  - . Ophtalmologie
  - . ORL
  - . Anesthésie
  - . Médecine Interne
  - . Endocrinologie
  - . Neuroradiologie
  - . Neurophysiologie

Rabat, le 19/08/2012

Mr Temsamani Mhd Larbi

Prière de Faire SVP

IRM Cervebre + vada

Rc MAV Trah pour RCU  
ck



المركز الوطني للترويض و العلوم العصبية مستشفى الاختصاصات د ص ح ابن سينا ص - ب : 6444 الرباط - معاهد

الهاتف : (212-537) 77 59 66 / 12 الفاكس : (212-537) 77 59 15 / 19

Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences - Hôpital des Spécialités O.N.O.C.H.U de Rabat - Salé B.P : 6444 Rabat - Instituts IF: 40168050

Tél : (212-537) 77 59 66 / 12 - Fax : (212-537) 77 59 15 / 19 - Email : fh2nch@menara.ma - Site Web : http://www.neurochirurgie.ma

DATE : 19/08/2020

Nom & Prénom : TEMSAMANI MOHAMMED LARBI  
Age :  
Service : Externe  
Référence :  
Médecin :

### IRM cérébrale

#### Indication :

- ✓ MAV TT par RCH LGK.

#### Technique d'examen :

- ✓ Protocole LGK.

#### Résultats :

- ✓ Discret rehaussement nodulaire par le PDC de contraste de topographie cérébelleuse postérieure droite.
- ✓ Absence de rehaussement de type angiomateux.
- ✓ Absence d'autre anomalie significative.
- ✓ Le système ventriculo-cisternal est normal.

→ A confronter aux données de l'imagerie antérieure (ELEKTA).

Pr. JIDDANE  
Pr. M. JIDDANE  
Chef de Service de Radiologie  
Responsable de l'Unité d'Imagerie  
Fondation Hassan II - CNRNS  
Tél : 011110849

## FONDATION HASSAN II PLCMSN



Code clinique : 1234  
FONDATION HASSAN II POUR  
LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE  
LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX  
Fondation d'utilité publique



## FACTURE

N° : 6803 / 2020 du 19/08/2020

Nom patient TEMSAMANI MOHAMMED LARBI

Entrée 19/08/2020

Prise en charge CNSS

Sortie 19/08/2020

Adresse : rab

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
IRM CEREBRALE	1.00		2 000.00	2 000.00
			Sous-Total	2 000.00
Total Clinique				2 000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE DIRHAMS

Total 2 000.00

Immatriculation :	Adhérent :	Part organisme	
Affiliation :	N° prise en charge :	Part patient	2 000.00
Cin :			

Mlle CHARAF RAOUIC  
Régisseur  
Fondation Hassan II pour la Prévention  
Et la Lutte contre les Maladies  
Du Système Nerveux

## FONDATION HASSAN II PLCMSN



## F A C T U R E

N° : 6871 / 2020 du 19/08/2020

Nom patient **TEMSAMANI MOHAMMED LARBI**

Entrée 19/08/2020

PAYANT

Sortie 19/08/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRODUIT DE CONTRASTE 10CC	1.00		500.00	500.00
			Sous-Total	500.00
Total Clinique				500.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Total 500.00

Mme CHARAF Kaoulal  
Régisseur  
Fondation Hassan II pour la Prévention  
Et la Lutte contre les Maladies  
du Système Nerveux

