

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° W21-636706

ND: 78940

complément

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4790 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre Rebraite

Nom & Prénom : Belouch Nohames

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : 10 Rue El Farah hay Yasmina

Tél. : 0663180297

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/07/2021

Nom et prénom du malade : Zine Zine Samira

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 : Benelmoul Le : 26/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



تعلیماتِ یحییٰ اتباعِہا

élaborer une feuille de soins par personne et par événement.

feuille de soins doit être accompagnée de toutes pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

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

; ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés

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.

certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à 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.

te personne coupable de fraude ou de fausse
claration pour obtenir des prestations qui ne sont
dues, est passible des sanctions légales et
lementaires

obligation de remboursement prise par la CNSS est
ordonnée au respect des conditions réglemen-
tes et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية
المشترية.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرحوعة.


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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : تاريخ الإيداع : [][][][][][][][] de dépôt du dossier :	تاريخ الاستلام : [][][][][][][][] Date d'arrivée :

 <p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<h2 style="margin: 0;">ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</h2> <h2 style="margin: 0;">Feuille de Soins Maladie</h2> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> موافقة مسبقة Entente préalable* </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> تنفيذ Exécution* </div> </div>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>Réf: 610-1-02</p> <p>Réf ANAM: 1.2.01.01</p> <p style="text-align: left;">مخرج رقم</p>
<p>N° Dossier: 06-65-01-82-15</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)</p>		
<p>الاسم العائلي والشخصي: زيت الدت سمي</p> <p>رقم التسجيل: 11650948930</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية: B14484086</p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *</p> <p> Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن </p> <p> Adresse: مارزقة الفوايف حيد يامنة العنوان: </p> <p> Montant des frais: 467,70 Dhs مبلغ المصاريف: </p> <p> Nombre de pièces jointes: عدد الوثائق المرفقة: </p>		

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____ N° CIN : _____ Sexe* : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	المستفيد من العلاجات الإسم العائلي والشخصي : _____ تاريخ الإزدياد : _____ رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____ الجنس* : ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>
--	---

INPE et codes à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر: **

Médecin traitant الطبيب المعالج	INPE:061114021 INPE:061114021	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	----------------------------------	--

Type de soins* : نوع العلاجات :

Hospitalisation ☐ مستشفى Maternité ☐ أمومة Accident ☒ حادثة Maladie ☐ مرض

<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant</p> <p>فعل: _____ حرر: _____</p> <p>في: _____</p> <p>توقيع المؤمن له (تأ)</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>	<p>أصح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</p> <p>فعل: _____ حرر: _____</p> <p>في: _____</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et signature du Médecin traitant ou l'établissement de soins</p> <p>Dr. Mouhsine Mustapha Orthopédie</p>
--	--

080 203 3333 : الهاتف : الدار البيضاء المحطة 2186 : ب.ب. : الدار البيضاء ص.ب. : 2186 Casa Gare Téléphone: 080 203 3333

Description des actes effectués			وصف العمليات المجرة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	مبلغ المفقوت Montant Facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du médecin traitant	
26/04/2021	0522 33 79 59		 Dr. Moushine Mustapha Traumatologie - Orthopédie Rue Ckba Ibn Nafis - Berrechid Tél : 0522 33 79 59	
INPE et code à barres :				
INPE et code à barres :				

CIM - 10

Actes Paramédicaux				عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	مبلغ المفقوت Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفقوت Montant Facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et cachet du Paramédical
INPE et code à barres :					
INPE et code à barres :					

CIM - 10 : Classification internationale des maladies - dixième révisions

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	مبلغ المفقوت Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفقوت Montant Facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et cachet du Radiologue ou Biologiste	
26/04/2021			2000	 Dr. Moushine Mustapha Traumatologie - Orthopédie Rue Ckba Ibn Nafis - Berrechid Tél : 0522 33 79 59	
INPE et code à barres :					
INPE et code à barres :					

د الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفقوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et cachet du pharmacien et/ou fournisseurs des dispositifs médicaux
26.04.2021	67,70	 PHARMACIE YASMINE 77 RUE IBRAHIM NAFIS Tél : 05 22 53 31 88
INPE et code à barres :		
INPE et code à barres :		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Dr. Mustapha MOUHSINE

Ancien enseignant à la Faculté
de Médecine à Casablanca
Ex. Maître Assistant au CHU

Ibn ROCHD

Spécialiste en

TRAUMATO - ORTHOPEDIE

الدكتور مصطفى محسن

أستاذ بكلية الطب و الصيدلة

وبمستشفى ابن رشد سابقا

إختصاصي في

جراحة العظام و المفاصل

Berrechid, le

ORDONNANCE

Z NOUVEAU
S.M.A.S.

45,50

22,40

67,70

Cataflam 50
Codoliprane
i.v.

S.V.

PHARMACIE YASMINA
77 RUE IBRAHIM EL NAJIB
Tél: 05 22 33 79 59

Dr. Mouhsine Mustapha
Traumato - Orthopedie
Rue Okba Ibn Nafie - Berrechid
Tél : 0522 33 79 59

Cataflam® 50mg
20 dragées



Codoliprane®

Paracétamol 400 mg
Phosphate de codeïne 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES



Rue Okba Ibn Nafie, Résidence Dahane - Berrechid - Tél: 05 22 33 79 59

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم
	Référence structurée : 210605478224558		Emis à Casablanca le : 08/06/2021	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 165948930 Règlement du mois : 06/2021 Mode de paiement : Virement		ZINEDDINE SAMIRA 10 RUE EL FARABI YASSMINA BERRECHID 2610	
	Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنو 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
ZINEDDINE SAMIRA										
092545668	26/04/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
092545668	26/04/2021	Z	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
092545668	26/04/2021	PH	PHARMACIE	67,70	54,60	1,00	1,00	54,60	70	38,22
Total remboursé pour SAMIRA										248,22
Total général remboursé										248,22

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Dr. Mustapha MOUHSINE

Ancien enseignant à la Faculté

de Médecine à Casablanca

Ex. Maître Assistant au CHU

Ibn ROCHD

Spécialiste en

TRAUMATO - ORTHOPEDIE

الدكتور مصطفى محسن

أستاذ بكلية الطب و الصيدلة

وبمستشفى ابن رشد سابقا

إختصاصي في

جراحة العظام و المفاصل

Berrechid, le

26/4/2021

برشيد، في

ORDONNANCE

Z MOUTINE
ZOMMA S.V.

45,50

22,00

67,70

Catflam 50
Codoliprane
20/20

S.V.

Catflam 50mg
20 dragées



Codoliprane
Paracétamol 400 mg
Phosphate de codéine 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES



PHARMACIE YASMINE
77 RUE IBRAHIM NAFIS
Tél: 05 22 33 31 88
HAY YASMINE Berrechid

Dr. Mouhsine Mustapha
Traumato - Orthopédie
Rue Okba Ibn Nafie - Berrechid
Tél : 0522 33 79 59

Rue Okba Ibn Nafie, Résidence Dahane - Berrechid - Tél: 05 22 33 79 59

Dr. Mustapha MOUHSINE

Ancien enseignant à la Faculté
de Médecine à Casablanca
Ex. Maître Assistant au CHU
Ibn ROCHD
Spécialiste en
TRAUMATO - ORTHOPEDIE

الدكتور مصطفى محسن

أستاذ بكلية الطب و الصيدلة
وبمستشفى ابن رشد سابقا
إختصاصي في
جراحة العظام و المفاصل

Berrechid, le

26/09/2021

برشيد، في

Note d'Honoraire

- Nom : El NOUADINE

- Prenom : SAOUMA

- Consultation : 200,00

- Radiographie : 200,00

- Platre : —

- Infiltration : —

- Autre Acte : 1/000,00 DRS

Total :

Dr. Mouhsine Mustapha
Traumato - Orthopédie
Rue Okba Ibn Nafie - Berrechid
Tél : 05 22 33 79 59

Dr. Mustapha MOUHSINE

Ancien enseignant à la Faculté

de Médecine à Casablanca

Ex. Maître Assistant au CHU

Ibn ROCHD

Spécialiste en

TRAUMATO - ORTHOPEDIE

الدكتور مصطفى محسن

أستاذ بكلية الطب و الصيدلة

وبمستشفى ابن رشد سابقا

إختصاصي في

جراحة العظام و المفاصل

Berrechid, le

برشيد، في

ORDONNANCE

Z MEXINE
Somnia

45,50

22,00

67,70

Cataflam 50.
Codoliprane
id 124

S.V.

Cataflam[®] 50mg
20 dragées



6 118000 220053

Codoliprane[®]

Paracétamol 400 mg
Phosphate de codéine 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217

PHARMACIE YASMINA
HAY YASMINA BERRECHID
Tél: 05 22 33 79 59

Dr. Mouhsine Mustapha
Traumato - Orthopédie
Rue Okba Ibn Nafie - Berrechid
Tél : 0522 33 79 59

Rue Okba Ibn Nafie, Résidence Dahane - Berrechid - Tél: 05 22 33 79 59

Dr. Mustapha MOUHSINE

Ancien enseignant à la Faculté
de Médecine à Casablanca
Ex. Maître Assistant au CHU
Ibn ROCHD
Spécialiste en
TRAUMATO - ORTHOPEDIE

الدكتور مصطفى محسن

أستاذ بكلية الطب و الصيدلة
وبمستشفى ابن رشد سابقا
إختصاصي في
جراحة العظام و المفاصل

Berrechid, le 24/04/2021

- Nom :

- Prenom :

Compte Rendu de RADIOGRAPHIE

Examen Demandé :

Ex de deux fémurs

Resultat :

Ne des fractures

Dr. Mouhsine Mustapha
Traumato - Orthopedie
Rue Okba Ibn Nafie - Berrechid
Tél : 0522 33 79 59

Rue Okba Ibn Nafie, Résidence Dahane - Berrechid - Tél: 05 22 33 79 59

Dr. Mustapha MOUHSINE

Ancien enseignant à la Faculté
de Médecine à Casablanca
Ex. Maître Assistant au CHU
Ibn ROCHD
Spécialiste en
TRAUMATO - ORTHOPEDIE

الدكتور مصطفى محسن

أستاذ بكلية الطب و الصيدلة
وبمستشفى ابن رشد سابقا
إختصاصي في
جراحة العظام و المفاصل

Berrechid, le

برشيد، في

Note d'Honoraire

- Nom : El NOUBINE

- Prenom : Soumaya

- Consultation : 200,00

- Radiographie : 200,00

- Platre : —

- Infiltration : —

- Autre Acte : 1000,00

Total :

Dr. Mouhsine Mustapha
Traumato - Orthopédie
Rue Okba Ibn Nafie - Berrechid
Tél : 05 22 33 79 59