

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Consignes 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.

Pathologie 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 (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° M21- 0006751

83115

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SHAMI Fatima

Date de naissance : 01-01-1958

Adresse : R. SANAA ANGLE Rue IBRAHIM KALAKIS, Bd Bourgogne
N° 130 CASA

Tél : 0605904320 Total des frais engagés : 1584,00 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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

<p>توقيع وطابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier : 11/11/2014</p>	<p>Date d'arrivée : 11/11/2014</p>

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 المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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 الإجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

 <p>الضمان الإجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03 : Réf.</p>	<p>Ref. ANAM 1.202.01</p>
<p>N° Dossier : 0605904320</p>		<p>خاص بالمؤمن له (لها)</p>	
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>			
<p>Nom et prénom : K. SAR Mohamed</p>		<p>الاسم العائلي والشخصي :</p>	
<p>N° Immatriculation : 11515181212121</p>		<p>رقم التسجيل :</p>	
<p>N° CIN : B. 99405</p>		<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>	
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p>		<p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</p>	
<p>Adresse : R. Sanaa, Bd. Boungogne, Angle Rue F. Ben KALAKIS 130</p>		<p>العنوان :</p>	
<p>Montant des frais : 45.000 Dhs.</p>		<p>مبلغ المصاريف :</p>	
<p>Nombre de pièces jointes : 1</p>		<p>عدد الوثائق المرفقة :</p>	
<p>Déclaration du Médecin traitant</p>			
<p>Bénéficiaire de soins</p>			
<p>Nom et prénom :</p>		<p>الاسم العائلي والشخصي :</p>	
<p>Date de naissance : 11/11/2014</p>		<p>تاريخ الميلاد :</p>	
<p>N° CIN : 11515181212121</p>		<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>	
<p>Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى</p>		<p>الجنس :</p>	
<p>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **</p>			
<p>Médecin traitant : 11515181212121</p>		<p>Etablissement de soins : 11515181212121</p>	
<p>الطبيب المعالج</p>		<p>المؤسسة العلاجية</p>	
<p>Type de soins</p>			
<p>Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>		<p>قبول المرض المزمن * :</p>	
<p>N° dossier ALD : 11515181212121</p>		<p>رقم ملف المرض المزمن :</p>	
<p>Code ALD : 11515181212121</p>		<p>رمز المرض المزمن :</p>	
<p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/></p>		<p>Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء * <input type="checkbox"/></p>	
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>	
<p>Fait à : 03 06 2014</p>		<p>Fait à : 03 06 2014</p>	
<p>Le : 11/11/2014</p>		<p>Le : 11/11/2014</p>	
<p>توقيع المؤمن له</p>		<p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p>	
<p>Signature de l'assuré (e)</p>		<p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>	

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

فان المؤمن - ساحة دافار - الدار البيضاء ص. ب. 2186 - الدار البيضاء المعطة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Formation : K SAR 7ed
Reçu de M :
La somme de : 100 000

№ 566538

le 03.06.2024

Signature du
Régisseur et Cachet

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
(
Total	697

وصف العمليات المجراة

توقيع و طابع الطبيب المعالج
Signature et Cachet du Médecin
traitant

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NARM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
----------------------------------	--------------------------------	---	--------------------------------------	---

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	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
----------------------------------	--------------------------------	--	------------------------------------	---	---

[illegible][illegible]

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية	الثمن المفقوتر	تاريخ التنفيذ
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	Prix facturé	Date d'exécution

03/06/2021	1524,00	1524,00
------------	---------	---------

INPE et code à Barres
092012293

INPE et code à Barres

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire	
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		 الضمان الإجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 210806940930975		Emis à Casablanca le : 03/08/2021	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة		KSAR MOHAMED 130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06 BOURGOGNE CASABLANCA 2005	
	N° d'immatriculation: 159689128 Règlement du mois : 08/2021 Mode de paiement : Virement			
Informations :				

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
089193046	03/06/2021	CNP	ETABLISSEMENT CHU	60,00	100,00	1,00	1,00	100,00	90	54,00
089193046	03/06/2021	PH	PHARMACIE	1 524,00	1 330,20	1,00	1,00	1 330,20	70	931,14
Total remboursé pour MOHAMED										985,14
Total général remboursé										985,14

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية

وزارة الصحة

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



Hôpital sans Tabac

Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين

التدخين يقتل

Casablanca, le: 03/06/2021

ORDONNANCE

Docteur:

Dr KSAR Ned.

67,60 x 2

1 - Teralib 250g

154,00 x 2 01 - 00 - 02

2 - Prisdal 1g

239,00 x 3 01 - 00 - 00

3 - lamichal 100g

17,10 x 2 01 - 00 - 00

4 - largach 25g

57,30 x 4 00 - 00 - 01

5 - Nazinan 100g

29,50 x 3 00 - 00 - 01

6 - Teuresta 2,5g

T = 1524,00 00 - 00 - 1/2 pot de la pms

Tu de 2 mois,

1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83

REV CS le 01/07/2021 à 08h

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Teralithe 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,50 DH



Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Teralithe 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,50 DH



PRISDAL® 1 mg
30 comprimés pelliculés



PRISDAL® 1 mg
30 comprimés pelliculés



GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 239,00 DH
ID: 096553
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 239,00 DH
ID: 096553
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 239,00 DH
ID: 096553
6 118001 140800

LARGACTIL 100MG
30 CP PEL SEC
P.P.V : 17DH10
LOT : 20E007
PER.: 09 2022
6 118000 012375

LARGACTIL 100MG
30 CP PEL SEC
P.P.V : 17DH10
LOT : 21E002
PER.: 01 2024
6 118000 012375

Largactil 25 mg
50 Cp pel séc
P.P.V : 13DH00
LOT : 20E004
PER.: 11 2023
6 118000 012382

Largactil 25 mg
50 Cp pel séc
P.P.V : 13DH00
LOT : 19E001
PER.: 09 2022
6 118000 012382

Largactil 25 mg
50 Cp pel séc
P.P.V : 13DH00
LOT : 19E001
PER.: 09 2022
6 118000 012382

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC 820
P.P.V : 57DH30
LOT : 20E005
PER.: 08 2025
6 118000 060482

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC 820
P.P.V : 57DH30
LOT : 20E006
PER.: 08 2025
6 118000 060482

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC 820
P.P.V : 57DH30
LOT : 20E006
PER.: 08 2025
6 118000 060482

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC 820
P.P.V : 57DH30
LOT : 20E007
PER.: 09 2025
6 118000 060482

TEMESTA 2,5MG
CP SEC 830
P.P.V : 29DH50
LOT : 20E006F
PER.: 09 2022
6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG
CP SEC 830
P.P.V : 29DH50
LOT : 20E007
PER.: 10 2022
6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG
CP SEC 830
P.P.V : 29DH50
LOT : 20E006F
PER.: 09 2022
6 118000 011576