

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

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Prescription :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Educational :

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.

## Maladie :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0061461

98737

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2411

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NEK MOUCHE Ouassiss

Date de naissance :

Adresse : HS la même

Tél. : 06 61 11 60 30 Total des frais engagés : 632,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ARRAS Nouridine

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 : 04/21/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-061461

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

Matricule : 2411

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 632,00 Dhs

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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 وكل 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 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 رهنا 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 للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا 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 الإيعاز :
Date de dépôt du dossier :	تاريخ الإستلام :

<p>الصندوق الاجتماعي الضمان C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة 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 Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p>	<p>Ref: ANAM 1.3.02.01</p>
	<p>N° Dossier : .....</p>			
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)</p>				
<p>Nom et prénom : <u>ARRAS Noureddine</u></p>				
<p>N° Immatriculation : <u>111331313131</u></p>				
<p>N° CIN : <u>111331313131</u></p>				
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *          Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>				
<p>Adresse : <u>RÉS FATIM ZAHRAÏL ANGÉ MAR EL KHAYAT, Rue des Roses</u> <u>HAY RAHA - BOUSJOUR CASA.</u></p>				
<p>Montant des frais : <u>7.632.000,7--Dhs.</u></p>				
<p>Nombre de pièces jointes : <u>4</u></p>				
<p>Déclaration du Médecin traitant</p>				
<p>Bénéficiaire de soins</p>				
<p>Nom et prénom : .....</p>				
<p>Date de naissance :                    </p>				
<p>N° CIN :                    </p>				
<p>Sexe * : <input checked="" type="checkbox"/> M ذكر <input type="checkbox"/> F أنثى</p>				
<p>INPE et code à barres **</p>				
<p>Médecin traitant الطبيب المعالج</p>		<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p>		
<p>Type de soins</p>				
<p>Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>				
<p>N° dossier ALD :                    </p>				
<p>Code ALD :                    </p>				
<p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>				
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p>				
<p>Fait à :                    </p>				
<p>Le :                    </p>				
<p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)</p>				
<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p>				
<p>Fait à :                    </p>				
<p>Le :                    </p>				
<p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>				

\* Cocher la mention utile pour chaque cas  
\*\* Assembler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres  
080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الفاكس - 2186 - دار البيضاء  
للمؤمن - سلامة دافكر - دار البيضاء من ب. 2186 - 080 200 7200 / 080 203 3333  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Cas Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333







وصفة طبية

# Ordonnance

Casablanca, le :

20 / 11 / 2024

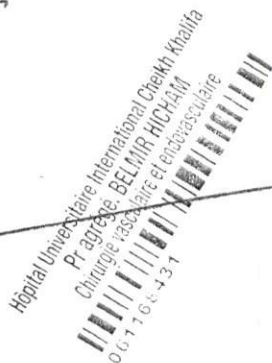
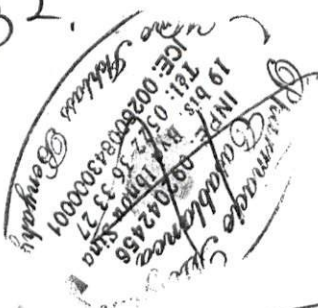
Dr ARRAS M. Saad Alch

P. Lamin 70 g.

316,00 <sup>12</sup> 1 flg e. Uridi pdt 2 mois



63200



Sanofi-aventis Maroc   
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg, cp pel b 28  
P.P.V : 316,00 DH



Sanofi-aventis Maroc   
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg, cp pel b 28  
P.P.V : 316,00 DH



	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>		<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b>  <b>مرجع رقم :</b> REF : 610-2-06
	<b>Référence structurée :</b> 211210487303053	<b>Emis à Casablanca le :</b> <input type="text"/>	<b>Page :</b> 1
	<b>Identifiant de la famille</b> <b>تعريف العائلة</b> N° d'immatriculation : 173353212 Règlement du mois : 12/2021 Mode de paiement : Virement	ARRAS NOUREDDINE RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD AMAR EL KHAYAM CASABLANCA 2020	
	<b>Informations :</b>		

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنو 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
ARRAS NOUREDDINE										
070999106	25/11/2021	CG	MEDECIN SPECIALISTE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
070999106	25/11/2021	PH	PHARMACIE	632,00	398,80	1,00	1,00	398,80	81	323,03
<b>Total remboursé pour NOUREDDINE</b>										<b>323,03</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>323,03</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان