

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

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- 0061459

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2011 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : NER MOUCHE Ouerda

Date de naissance :

Adresse : Hs la même

Tél. : 0669 41 60 30 Total des frais engagés : 1023,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ARR AS Moukeshli 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 : 04/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-061459

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 : 2011

Nom de l'adhérent(e) : 1023,10

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Instructions à suivre

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة 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 رهنا 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 للاستفادة 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 وطابع الوكالة

Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري

Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : 11/11/2018 تاريخ الإيداع

Date d'arrivée : 11/11/2018 تاريخ الاستلام

0661454998

<p>الضمان الاجتماعي CNSS 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>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 03-610-1</p>
	<p>موافقة مسبقة</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ</p> <p>Exécution *</p>	
<p>N° Dossier :</p>			
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>			
<p>بالؤمن له (ها)</p>			
<p>العائلي والشخصي :</p> <p>Nom et prénom : ARRAS Noureddine</p>			
<p>تسجيل :</p> <p>N° Immatriculation : 1113333333333333</p>			
<p>بطاقة التعريف الوطنية :</p> <p>N° CIN : B1133333333333333</p>			
<p>العلاقة بين المستفيد والمؤمن له :</p> <p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p>			
<p>ان :</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>			
<p>المصاريف :</p> <p>Adresse : RES. FATIM ZAHRA II Rue des ROSES Angb OTHAR EL KHAYAT</p> <p>HAY RAHA BOUENJOUR CASA</p>			
<p>الوثائق المرفقة :</p> <p>Montant des frais : 10.000.000 Dhs.</p>			
<p>الوثائق المرفقة :</p> <p>Nombre de pièces jointes : 1</p>			
<p>إحاطة الطبيب المعالج</p> <p>Déclaration du Médecin traitant</p>			
<p>متقيد من العلاجات</p> <p>Bénéficiaire de soins</p>			
<p>العائلي والشخصي :</p> <p>Nom et prénom :</p>			
<p>تاريخ الميلاد :</p> <p>Date de naissance : 11/11/2018</p>			
<p>بطاقة التعريف الوطنية :</p> <p>N° CIN : 1113333333333333</p>			
<p>الجنس :</p> <p>Sexe * : <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/></p>			
<p>الوطني الاستدلاقي و الرقم المشترك **</p> <p>INPE et code à barres **</p>			
<p>الطبيب المعالج</p> <p>Médecin traitant</p>		<p>المؤسسة العلاجية</p> <p>Etablissement de soins</p>	
<p>نوع العلاج</p> <p>Type de soins</p>			
<p>Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>			
<p>N° dossier ALD : 1113333333333333</p>			
<p>Code ALD : 1113333333333333</p>			
<p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء * <input type="checkbox"/></p>			
<p>أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.</p>		<p>أشهاد بصحة وصحة</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>	
<p>فعل : ب : في : 11/11/2018</p> <p>Fait à : Le : 11/11/2018</p>		<p>فعل : ب : في : 11/11/2018</p> <p>Fait à : Le : 11/11/2018</p>	
<p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré(e)</p>		<p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>	

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Associer 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 - الدار البيضاء المحطة - 2186 - ب. الدار البيضاء من. ب. الدار البيضاء

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



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 8 / 12 / 2021

Dr AARAS N. Université

316,00

(1) Plavix 75 1 cpq à l'heure pdt 3 mois
(Renouvelable)

57,80 x 2

(2) LD-NOR 10 1 cpq le Soir
pdt 3 mois

98,00 x 5

(3) Mibon 3000/15 1 glj pdt 10 jours

(4) odes 10 1 glj pdt 28 j (Noté)

99,00

1023,10

Sanofi-aventis Maroc
Reute de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Plavix 75 mg, cp pel b 28
P.P.V: 316,00 DH

6 118001 081257

OEDES 20mg

28 gélules

6 118001 100088

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

6 118000 082217

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

6 118000 082217

HIBOR[®] 3500 UI/0,2 ml

Bémiparine sodique
2 seringues

6 118001 220212

HIBOR[®] 3500 UI/0,2 ml

Bémiparine sodique
2 seringues

6 118001 220212

HIBOR[®] 3500 UI/0,2 ml

Bémiparine sodique
2 seringues

6 118001 220212

HIBOR[®] 3500 UI/0,2 ml

Bémiparine sodique
2 seringues

6 118001 220212

6 118001 220212

6 118001 220212

HIBOR[®] 3500 UI/0,2 ml

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 211211126473338	Emis à Casablanca le : <input type="text"/>	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة ARRAS NOUREDDINE RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD AMAR EL KHAYAM CASABLANCA 2020		
	N° d'immatriculation : 173353212 Règlement du mois : 12/2021 Mode de paiement : Virement		
Informations :			معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	الصلوات 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
ARRAS NOUREDDINE										
086349185	08/12/2021	CG	MEDECIN SPECIALISTE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
086349185	08/12/2021	PH	PHARMACIE	1 023,10	906,50	1,00	1,00	906,50	81	734,27
Total remboursé pour NOUREDDINE										734,27
Total général remboursé										734,27

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان