

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.

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.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0054399

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7673 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
Nom & Prénom : BENBIHI Tjani
Date de naissance : 13/03/1946
Adresse : BP 213 51000 El Hachbi
Tél. : 0661316261 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade :
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 : El Hachbi Le :
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

تعليمات يجب إتباعها

Établir une feuille de soins par personne et par vénément.

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.

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

a 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.

e 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.

es 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 réglementaires.

l'obligation de remboursement prise par la NSS est subordonnée au respect des conditions fondamentales et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 الشرطي للأدوية
المشترقة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الانبائية 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 (60يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطنى للضمان الاجتماعى .

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 طبقاً للمساطر القانونية.

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

[illegible]

	<h2 style="margin: 0;">ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</h2> <h3 style="margin: 0;">Feuille de Soins Maladie</h3>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	RÉG. ANAM : 1.201.01
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <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>	مرجع رقم : 610-1-02	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : NAÏM Naïma (عبد بن براهيم) الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 431641217 رقم التسجيل :

N° CIN : 8409720 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) *

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : BP 213 51000 EL HAJER العنوان :

Montant des frais : Dhs مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 11/11/1981 تاريخ الميلاد :

N° CIN : 1111111111 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ☐ ذكر F ☐ أنثى الجنس :

INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدالي والرقم المشر

23001515

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	--

Type de soins* نوع العلاجات

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثه Maladie ☐ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : ب :

Le : 11/11/2021 في : 11/11/2021

توقيع المؤمن له
 Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : ب :

Le : 11/11/2021 في : 11/11/2021



توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

14.Résid. khamlich, Rue Atlas, 2^{ème} étage n° 5 - Meknès - Tél.: 05 35 51 26 23 - Urgence : 06 61 35 73 10 -

Lisor 10mg/5 mg 
30 comprimés

6 118001 380480 >

Lisor 10mg/5 mg 
30 comprimés

6 118001 380480 >

Lisor 10mg/5 mg 
30 comprimés

6 118001 380480 >

Redlip 20mg 
30 Comprimés pelliculés

6 118000 420286

Redlip 20mg 
30 Comprimés pelliculés

6 118000 420286

Redlip 20mg 
30 Comprimés pelliculés

6 118000 420286

Doliprane 1000 mg 
PARACÉTAMOL
10 Comprimés

6 118000 040972

Doliprane 1000 mg 
PARACÉTAMOL
10 Comprimés

6 118000 040972

Doliprane 1000 mg 
PARACÉTAMOL
10 Comprimés

6 118000 040972

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الإجتماعي الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 211109478541112	Emis à Casablanca le : 	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة NAIMA NAIM BP 213 EL HAJEB 51000 EL HAJEB 5100		
	N° d'immatriculation : 143641217 Règlement du mois : 11/2021 Mode de paiement : Virement		
Informations :			معلومات :

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
NAIMA NAIM ~										
072309090	25/08/2021	PH	PHARMACIE NOUVELLE	550,80	334,80	1,00	1,00	334,80	70	234,36
072309090	25/08/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
Total remboursé pour NAIM										339,36
Total général remboursé										339,36

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان