

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

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7673

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENBIRI Tjani

Date de naissance : 13/03/1946

Adresse : B.P 213

51.000 El Hajeb

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 Hajeb

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : ..... / ..... / .....

#### **Instructions à suivre**

Établir une feuille de soins par personne et par événement

a 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.

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.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

ertaines 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 aux 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 possible des sanctions légales réglementaires.

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

علیمات پجب اتباعها

قد يهون العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

مجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية  
(. مصفات طيبة، فوادر، ....).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المنشطة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الابنائية 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 يوماً) من انتهاء العلاج.

**سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية  
لمجموعة.**

نوعيض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

**الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية**

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من  
خدمات في مستشفى سعاده بطنجة... اطلع على المذكرة

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

توقيع وطابع الوكالة  
Cachet et signature de l'Agence

بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMQ

Identification de l'agent :

 <p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<h3>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</h3> <h4>Feuille de Soins Maladie</h4> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50%;">موافقة مسبقة *</td> <td style="width: 50%;">تنفيذ *</td> </tr> <tr> <td>Entente préalable *</td> <td>Exécution *</td> </tr> </table>	موافقة مسبقة *	تنفيذ *	Entente préalable *	Exécution *	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. ANAM - 610-1-02 مرجع رقم
موافقة مسبقة *	تنفيذ *					
Entente préalable *	Exécution *					
<b>N° Dossier :</b> <b>Partie réservée à l'assuré(e)</b>						
خاص بالمؤمن له (لها) : الاسم العائلي والشخصي : <b>NAIM Naema ( sp BENBCHI )</b> رقم التسجيل : <b>143161412171</b> رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>BP 49 9172</b> علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) : *						
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج      Enfant <input type="checkbox"/> ابن						
<b>Adresse :</b> <b>BP 213 51000 EL HAJEB</b> العنوان :						
Montant des frais : درهم ..... Dhs      مبلغ المصارييف :						
Nombre de pièces jointes : ..... عدد الوثائق المرفقة :						
<b>Déclaration du médecin traitant</b> <b>Bénéficiaire de soins</b>						
الاسم العائلي والشخصي : ..... تاريخ الإزدياد : ..... تصريح الطبيب المعالج						
Nom et prénom : ..... Date de naissance : ..... N° CIN: ..... Sexe* : M ♂ ذكر      F ♀ أنثى      الجنس :						
INPE et code à barres ** <b>23001515</b>						
Médecin traitant الطبيب المعالج						
Etablissement de soins المؤسسة العلاجية						
<b>Type de soins*</b> نوع العلاجات* Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء Maternité <input checked="" type="checkbox"/> أمومة Accident <input type="checkbox"/> حادثة Maladie <input type="checkbox"/> مرض						
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Le : ..... في : ....						
أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Le : ..... في : ....						
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)						
توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins						

## العمليات الإحياء، الأشعة والصور

توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي

Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

وصف العمليات المجرأة				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
25.08.21			200H	<i>Dr. AMRIOU Said Dr. DOUNYA MOHATTANE 14, Résidence Khamlich Avenue Hassan II - Casablanca Tél. 052045733 - Casablanca 105710</i>
INPE et code à Barres				
_____				
INPE et code à Barres				
_____				

CIM-10

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 المفوت 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 révision

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت 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				
_____				

## جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية

Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	النحو المفوت Prix facturé	جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
25/08/2021	550,80	Pharmacie Nouvelle Mme DOUNYA MOHATTANE 42, Avenue Hassan II El Hajeb Tél. : 05 35 54 30 38
INPE et code à Barres		INPE-192045733
INPE et code à Barres		_____

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

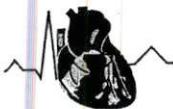
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

# ABINET DE CONSULTATION D'EXPLORATION, CONSULTATION A DOMICILE

Docteur AMRIOUI Saïd

Spécialiste Des Maladies  
Cardio-vasculaires  
et de l'Hypertension Artérielle

Ex. Spécialiste du CHU Averroes Casablanca  
Ex. Spécialiste de l'Hôpital Md.V Meknès  
Membre de la société Française de Cardiologie



الدكتور عمروي سعيد

اختصاصي في أمراض القلب  
و الشرايين و الضغط الدموي

اختصاصي سلبا بالمركز الجامعي ابن رشد الدار البيضاء  
اختصاصي سلبا بمستشفى محمد الخامس مكناس  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب و الشرايين

Meknès, le

25/08/24

مكناس في

جـ. نـاـتـ. نـاـتـ. نـاـتـ.

72,00x3 - Pisor 1015



17/7

03-25

97,60x3 Rudlp 20



7

114,00x3 - Doliprm 1000



14 x 21

550,80

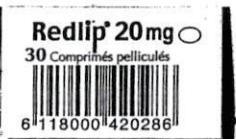
Dr. AMRIOUI Saïd  
CARDIOLOGUE  
14, Résidence Khamlich  
Rue Atlas N° 5 - MEKNÈS  
Tél: 0535512623 - Gsm: 0661357319

Pharmacie Nouvelle  
Mme DOUNYA MOHATTANE  
42, Avenue Hassan II  
El Hajeb  
Tél. : 05 35 54 30 38

~~تم بـ 23 نـافـ~~

14، إقامة خمليش، زنقة الأطلس، الطابق الثاني رقم 5 - مكناس  
الهاتف : 05 35 51 26 23 - المستجدات : 06 61 35 73 10 - Urgence : 06 61 35 73 10 -

14, Résid. khamlich, Rue Atlas, 2<sup>ème</sup> étage n° 5 - Meknès - Tél. : 05 35 51 26 23 - Urgence : 06 61 35 73 10 -



بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري

**RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO**



مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 211109478541112

Emis à Casablanca le : ٢٠٢١

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 المصارييف Montant de la dépense	التعرفة 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 MEDECIN SPECIALISTE	550,80	334,80	1,00	1,00	334,80	70	234,36
072309090	25/08/2021	CS		200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
<b>Total remboursé pour NAIM</b>										
<b>Total général remboursé</b>										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان