

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.

Radiologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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



Déclaration de Maladie

N° W19-568091

12/2022

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2509

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHIADMI AFIA

Date de naissance :

06/01/57

Adresse :

Tél. : 066 109 5613

Total des frais engagés : 2400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Age : 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 : PARIS Le : 06/103/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-568091

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).

2509

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

2400,00

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 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 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.

دانلودات بحث انتیاعها

نقدية ورقة العلاجات بالنسبة لـ*K*ا، مرض ولكل حديث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (مصفات طبية، فهابت، ...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.

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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة
المسئولة.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية
غير قابلة للتعويض.

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

حق التعييض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره

توقيع وطابع الوكالة
Signature et sceau de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Béserué à la DAMO

Identification de l'agent :

Date d'arrivée : | | | | | | | | |

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	<h2>ورقة الفلاجات المتعلقة بالمرض</h2> <h3>Feuille de Soins Maladie</h3>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	Réf. : 610-1-02 مرجع رقم

N° Dossier :	خاص بالمؤمن له (الها)		
Partie réservée à l'assuré(e)			
Nom et prénom :	SRATIRI Abd elilah		
N° Immatriculation :	1764406110		
N° CIN :	A 800679		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (الها) *		
Conjoint <input type="checkbox"/>	زوج	Enfant <input type="checkbox"/>	ابن
Adresse : LOT IZNA HAR N°10 SIDI EL Abed Temara			
Montant des frais :	درهم	Dhs	مبلغ المصارييف :
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 :	تاريخ الازدياد :		
N° CIN:	رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
Sexe* :	M <input type="checkbox"/> ذكر	F <input type="checkbox"/> أنثى	الجنس* :
INPE et code à barres	الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر **		
Médecin traitant الطبيب المعالج	Medecin traitant Professeur d'Amis Service de Neurologie	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins*	نوع العلاجات*		
Hospitalisation <input type="checkbox"/>	استشفاء <input type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>
Accident <input type="checkbox"/>	Hadette <input type="checkbox"/>	Maladie <input type="checkbox"/>	مرض <input type="checkbox"/>
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أشهده بصحة كل ما ذكر أعلاه	
Fait à :	ب:	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Le :	في:	Fait à :	
توقيع المؤمن له		捺印 وظاهر التوقيع أو المؤسسة الصحية	
Signature de l'assuré(e)		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

- * Cocher la mention utile pour chaque case

-- Cacher 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

موقع المكتب المحمول للمحاماة - ساحة داكار - الدار البيضاء ص-ب، 2186 الدار البيضاء المغطية - الهاتف: 060 203 3333
CNRS - Place de DAKAR - Casablanca BP. 2186 Cas. Cour Télephone : 060 203 3333

وصف العمليات المجرأة					Description des actes effectués
نوع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	المبلغ المفوت Montant facturé	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes	وصف العمليات المجرأة
<i>Mohamed Azzine M'HALLI Professeur Assistant en Neurologie Service de Neurologie Hôpital Y - Rahat INPE : 101233279</i>	6	C		03/03/22	INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1
					INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1
					INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين						Actes Paramédicaux
نوع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	المبلغ المفوت Montant facturé	عدد العمليات Nbre d'actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes	عمليات المساعدين الطبيين
						INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1
						INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1
						INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

العمليات الإشعاعية والتصوير					Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie
نوع وطابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	المبلغ المفوت Montant facturé	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes	العمليات الإشعاعية والتصوير
<i>B 1820 + Pc = 2400 DH Laboratoire d'analyse Médecin traitant : 03/03/2022 INPE : 101233279</i>		B 1820 + Pc = 2400 DH	2622	03/03/2022	INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1
					INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1
					INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة			Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis
نوع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	الثمن المفوت Prix facturé	نوع وطابع التنفيذ Date d'exécution	جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
			INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1
			INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1
			INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

REF : 610 2 06 :

**RELEVE DES PRESTATIONS
AMO**

Référence structurée : 220313884794024

Emis à Casablanca le : ٢٠٢٢

Page : 1

Identifiant de la famille : SRAIRI ABDELILAHLOT IZDIHAR N[10 SID EL ABED SKHIRAT
TEMARA 1204N° d'immatriculation : 176440610
Règlement du mois : 03/2022
Mode de paiement : Virement**Informations :**

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
SRAIRI ABDELILAH										
090346151	02/03/2022	CG	MEDECIN SPECIALISTE BIOLOGIE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
090346151	02/03/2022	B		2 400,00	1,10	820,00	1,00	2 002,00	95	1 901,90
Total remboursé pour ABDELILAH										
Total général remboursé										
1 901,90										

Sauf erreur ou omission

Solde exigible
MAD2,400.00

Morocco

Facturer à
M. ABDELILAH SRAIRI

Date de facture : 03 mars 2022
Mode de paiement : Chèque

#	Article	Quantité	Quantité	Cotation B	Montant DH
1	Syphilis (TPHA)	1	1.00	100.00	134.00
2	Syphilis (VDRL)	1	1.00	60.00	60.00
3	Vitamine B12	1	1.00	400.00	536.00
4	vitamine B9	1	1.00	400.00	536.00
5	TSH 3ème génération	1	1.00	250.00	335.00
6	Numération Formule Sanguine	1	1.00	80.00	107.20
7	IONOGRAMME (NA,K,CL,PT,CA)	1	1.00	160.00	214.40
8	Phosphatase alcaline	1	1.00	50.00	50.00
9	Transaminases ALAT	1	1.00	50.00	67.00
10	Transaminases ASAT/ SGOT	1	1.00	50.00	67.00
11	Bilirubine totale	1	1.00	70.00	93.80
12	Gamma Glutamyl Transferase(GGT)	1	1.00	50.00	67.00
13	CRP (Protéine C réactive)	1	1.00	100.00	134.00

Total DH MAD2,400.00

Solde exigible MAD2,400.00

Total en lettres: **Deux mille quatre cents**

Opération bénéficiant de l'exonération de TVA sans bénéfice du droit à déduction, conformément à l'article 91-VI-1° du CGI

Laboratoire d'Analyses
Médicale Biolife
0537 62 62 33 - 06 62 03 28 23
INPE: 103 000 00



Le devoir de vous protéger

DIRECTION REGIONALE
RABAT SALE
AGENCE TEMARA

ACCUSE DE RECEPTION MANUEL

AMO

PV

IJM-PRO

AF

RC

Autre :

N° CNSS:

١٧٦٤٤٠٦١٥

N° DOSSIER (s) :

٠٩٥٣٤٦١٥٢

٥٩٥٣٤٦١٥١

Matricule Collaborateur :

Date :

هام جدا



لإطلاع على هذه الأيام الم المصرح بها
ولتتبع مذكرةكم الشائعة بالاعويضات

الرجو الإتصال بـ 080 20 30 100

أو زيارة بوابة المؤمن له

عبر الموقع www.cnss.ma

أو تطبيق الهاتف الذكي MA CNSS



مركز الاتصال
080 200 7200
080 203 3333

للمزيد من المعلومات

Royaume du Maroc
Forces Armées Royales

Hopital Militaire
D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية
القوات المسلحة الملكية
المستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس

Dr Abdellah SRAIRI

Médecin Capitaine
Mohamed Amine MNAILI
Professeur Assistant en Neurologie
Service de Neurologie
HMI Med V - Rabat
INPE : 101283279

- Fundyne vore - TPMS de la jg
- vit B12 - vif 8g
- TSH
- NFS.
- transaminase sanguin + Ba Lai phosphocalcique - CRP
- Ba La hépatique

Médecin Capitaine
Mohamed Amine MNAILI
Professeur Assistant en Neurologie
Service de Neurologie
HMI Med V - Rabat
INPE : 101283279

Laboratoire d'Analyse
Médical Biolife
Tel: 0537626222 - 0666203004
INPE: 103003004

02-03-22