

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 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-568091

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2509 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHADNI AFIFA

Date de naissance : 07/01/57

Adresse : HABITAT

Tél : 0661095613 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 ☐ 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 : / Le : 06/03/2022

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).

Matricule : 2509

Nom de l'adhérent(e) : 2400,00

Total des frais engagés : /

Date de dépôt : /

Adresses Mails utiles

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

تعلیمات يجب اتباعها

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.

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 الشريطي للأدوية المستنارة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الالاثباتية 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.

سببتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا 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 طبقاً 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 d'arrivée: تاريخ الاستلام:
Date de dépôt du dossier: تاريخ الإيداع:	

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة الفحلات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. - 610-1-02 مرجع رقم	RÉANAM : 1.2/01/01
* موافقة مسبقة * Entente préalable *		* تنفيذ * Exécution *		
N° Dossier :				
Partie réservée à l'assuré(e)				
خاص بالمؤمن له (الها)				
Nom et prénom : <u>SRAIRI Abdelilah</u> الاسم العائلي والشخصي :				
N° Immatriculation : <u>176440610</u> رقم التسجيل :				
N° CIN : <u>A 800679</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية :				
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 : <u>LOT IZNI HAR N° 10 SUEL Abed Temara</u> العنوان :				
Montant des frais : <u>Dhs</u> 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 : تاريخ الزيادة :				
N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية :				
Sexe * : الجنس : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى				
INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشرق				
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية		
Type de soins نوع العلاجات				
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء Maternité <input type="checkbox"/> أمومة Accident <input type="checkbox"/> حادثة Maladie <input type="checkbox"/> مرض				
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Fait à : _____ Le : _____		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : _____ Le : _____		
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		توقيع أطباء الطب المعالج والمؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		

- * Cocher 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

المنتدى الوطني للمضامين الاجتماعية - ساحة داكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 080 203 3333
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333












CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

<p>جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p>		
<p>تاريخ التنفيذ</p> <p>Date d'exécution</p>	<p>الثمن المفوتر</p> <p>Prix facturé</p>	<p>توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>INPE et code à Barres</p> <p>_____</p>		
<p>INPE et code à Barres</p> <p>_____</p>		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

	 RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		 Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire		REF : 610 2 06 : 
	Référence structurée : 220313884794024		Emis à Casablanca le : 		Page : 1
	Identifiant de la famille 		SRAIRI ABDELILAH LOT IZDIHAR N° 10 SID EL ABED SKHIRAT TEMARA 1204		
	N° 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	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
090346151	02/03/2022	B	BIOLOGIE	2 400,00	1,10	820,00	1,00	2 002,00	95	1 901,90
Total remboursé pour ABDELILAH										1 901,90
Total général remboursé										1 901,90

Sauf erreur ou omission



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
Tél: 05 27 62 62 33 - 06 62 03 28 23
INPE: 103-010-000



الضمان الاجتماعي
C.N.S.S.

Le devoir de vous protéger

DIRECTION REGIONALE
RABAT SALE
AGENCE TEMARA

ACCUSE DE RECEPTION MANUEL

☒ AMO ☐ PV ☐ IJM-PRO ☐ AF
☐ RC ☐ Autre :

N° CNSS: 176440610

N° DOSSIER (s): 090346152

Matricule Collaborateur: 090346151

هام جدا

Date: 6/03/2022

للإطلاع على هذه الأيام المصريح بها
و لتتبع مكافآتكم الخاصة بالتعويضات

المرجو الإتصال بـ 080 20 30 100

أو زيارة بوابة المؤمن له

عبر الموقع www.cnss.ma

أو تطبيق الهاتف اللاكي MA CNSS



مركز الاتصال
080 200 7200
080 203 3333

للمزيد من المعلومات



Dr. Abdellah GRAIR

Médecin Capitaine
Mohamed Amine MNAÏLI
Professeur Assistant en Neurologie
Service de Neurologie
HMMed V - Rabat
INPE: 101228279

- fusélique virel - TPMA de l'f

- vit B12 - vit B9

= TSA

- NTS

- ionogramme sérologie - Bala
phosphocalcaïque - CRP

- Bala hépatop

Laboratoire d'Analyse
Médical & Biologie
Tel: 05 37 62 62 30 - 66 62 03 28 23
INPE: 103 663 004

Médecin Capitaine
Mohamed Amine MNAÏLI
Professeur Assistant en Neurologie
Service de Neurologie
HMMed V - Rabat
INPE: 101228279

02.03.22