

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 Alai Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 13 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-565300

111867

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)	Société :	
Matricule : 2509	ROYAL AIR MAROC	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : CHAADI ASMA		
Date de naissance : 07/01/1957		
Adresse : 12 ABAT		
Tél. : 06 61 09 56 13	Total des frais engagés :	100,00 DHS
Dhs		

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : 12 AVR. 2022

Le : 08/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-565300

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) : CHAADI ASMA
 Total des frais engagés : 100,00 DHS
 Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INF : <input type="checkbox"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHOTOS

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433592 00000000	B 35533411 11433593	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la prothèse			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

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.

Signature et empreinte de l'agent :		Signature et empreinte de l'assuré(e) :
Cachet et signature de l'Agence		Signature et empreinte de l'assuré(e)
Identification de l'agent :		Date d'arrivée : _____
Date de dépôt du dossier : _____		Date d'arrivée : _____
Téléphone : _____		_____

Instructions à suivre

ن تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثنائية 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 المسبيقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض 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 وكل ما سبق ذكره.

 ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. - 610-1-02 مرجع رقم REF/ANM : 120.01
N° Dossier : Partie réservée à l'assuré(e) Nom et prénom : <i>SRAFIRI Abd el Rachid</i> N° Immatriculation : <i>176440610</i> N° CIN : <i>A800679</i> Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> نوج <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Adresse : <i>Lot 22 DIBIA R N° 10 Sidi El Abdi Harhoura</i> Montant des frais : Drهم Dhs Nombre de pièces jointes : Déclaration du médecin traitant Bénéficiaire de soins Nom et prénom : Date de naissance : N° CIN: Sexe* : ذكر <input checked="" type="checkbox"/> انثى <input type="checkbox"/> INPE et code à barres ** <i>12340321444</i> Médecin traitant الطبب المعالج Establishment de soins المؤسس العلاجي Type de soins* Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Hadath <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/> J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. أشهده بضمحة كل ما ذكر أعلاه Fait à : <i>Casablanca</i> Le : <i>14/07/2014</i> في : <i>Casablanca</i> Signature de l'assuré(e) نحو مختار العلاج المنسق بالمؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		
أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <i>Casablanca</i> Le : <i>14/07/2014</i> في : <i>Casablanca</i> نحو مختار العلاج المنسق بالمؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		

- * Cocher la mention utile pour chaque case

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

CIM-10

Actes Paramédicaux							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 المفوتر 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

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الأحياء، الأشعة والصور
Date des actes	نوع العملية Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الأحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres					
_____	_____	_____	_____	_____	_____
INPE et code à Barres					
_____	_____	_____	_____	_____	_____

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممهونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

ناریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفoter Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مدير التجهيزات Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres _____		
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

Clinique Dar Salam
NOTE D'HONORAIRES

14 MARS 2022

Casablanca, Le

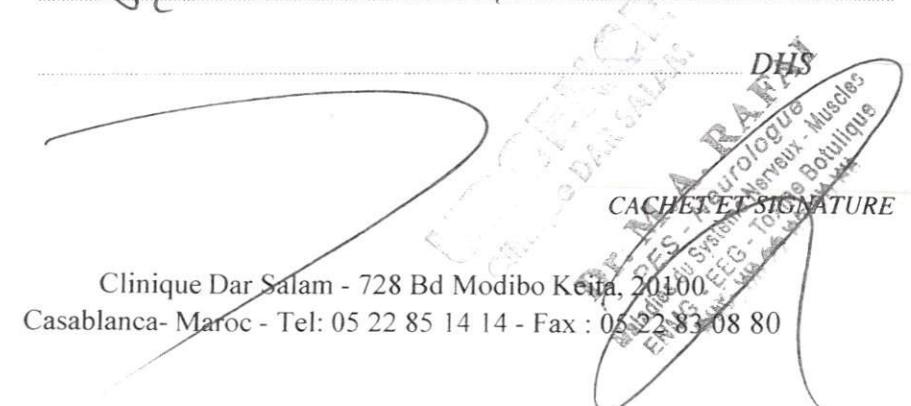
Dr. M.A. RAFAI
PES - Neurologue
Maladies du Système Nerveux - Muscles
ENMG - EEG - Toxine Botulique
Le Docteur
R&V: 05.22.87.30.86

a l'honneur de présenter ses compliments à
M. SRAIRI ABDELLAH

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

Soit la somme de :

52 -- 400,-



Clinique Dar Salam - 728 Bd Modibo Keita, 20100
Casablanca- Maroc - Tel: 05 22 85 14 14 - Fax : 05 22 83 08 80

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO

مرجع رقم : REF : 610-2-06

Page : 1

Référence structurée : 220414551810013

Emis à Casablanca le : 05/04/2022

Identifiant de la famille تعریف العائلة

SRAIRI ABDELILAH
LOT IZDIHAR N° 10 SID EL ABED SKHIRAT
TEMARA 1204

N° d'immatriculation: 176440610
Règlement du mois : 04/2022
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
SRAIRI ABDELILAH										
102924134	14/03/2022	CS	MEDECIN SPECIALISTE	400,00	150,00	1,00	1,00	150,00	85	127,50
Total remboursé pour ABDELILAH										
Total général remboursé										

ما عدا خطأ أو نسيان



إفادة بالاستلام
ACCUSE DE RECEPTION

Réf : 610-2-102 مرجع رقم :



Code agence : 001369 رمز الوكالة :

Numéro dossier



102924134

رقم الملف

Informations sur l'assuré

Nom et prénom	SRAIRI ABDELILAH	معلومات عن المؤمن له
N° d'immatriculation	176440610	الاسم العائلي والشخصي
Nom et prénom du bénéficiaire	SRAIRI ABDELILAH	رقم التسجيل

Informations sur le dossier

Type dossier	DOSSIER DE REMBOURSEMENT	معلومات عن الملف
Date/heure de dépôt	24/03/2022 11:59	نوع الملف
Date de soin	2022-03-14	تاريخ ووقت الادعاء
Montant des frais de soins	400 DHS	تاريخ العلاج
		مبلغ تكاليف العلاج

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre dossier. Nous vous informons qu'il sera transmis aux services de la CNSS pour traitement.

سيدي، سيدتي،
لقد توصلنا بملفك، نخبركم أنه ستم إحالته على مصالح الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي من أجل معانجه.

Dans le cadre de la généralisation de la couverture sociale et médicale aux travailleurs non salariés (TNS),

la CNSS collecte vos données personnelles en vue de vous faire bénéficier de cette couverture.

Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation provisoire auprès de la CNDP sous le numéro: A-PO-ECO-199/2021

Les données personnelles collectées peuvent être transmises à votre organisme de liaison et aux administrations et partenaires conformément à la demande d'autorisation précitée.

Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez :

في إطار تعليم التقنية الاجتماعية و الصحة لفائدة العمال غير الأجراء يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

بتجميع معلوماتكم الشخصية اللازمة لمكالمكم من الاستفادة من هذه التقنية.

معالجة معلوماتكم كانت موضوع ترخيص مؤقت قبل اللجنة الوطنية لحماية المعلومات ذات الطابع

الشخصي تحت رقم A-PO-ECO-199/2021 يمكن أن ترسل معلوماتكم الشخصية المجمعة من قبل الصندوق، إلى هيئة الاتصال التي تتبعون إليها وإلى الإدارات و

الشركاء وفقا لطلب الترخيص سالف الذكر.

لممارسة حقوقكم في الولوج والتوضيح والتعرض، ولغاية مقتضيات القانون 09-08، يمكنكم توجيه طلبكم إلى البريد

الإلكتروني reclamation.pdcp@cnss.ma أو ربط الاتصال "أبو ضمان" التابع للصندوق

الوطني للضمان الاجتماعي على الأرقام 0802033333 أو 0802007200

للتعرف على حقوقكم في مجال حماية المعلومات ذات الطابع الشخصي، يمكنكم الاطلاع على الدليل العملي لممارسة

الحقوق فيما يتعلق بحماية المعلومات ذات الطابع الشخصي، الذي تم نشره من قبل الصندوق الوطني للضمان

الاجتماعي على مستوى الموقع الإلكتروني www.macnss.ma

Pour connaître vos droits en matière de protection des données à caractère personnel, vous pouvez consulter le mode opératoire relatif à l'exercice des droits en matière de protection des données à caractère personnel, mis en ligne par la CNSS au niveau du site www.macnss.ma

Pour plus d'informations et pour le suivi de traitement de votre dossier :

Veuillez visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou contacter notre centre d'appel aux numéros

www.cnss.ma

www.macnss.ma

Ma CNSS

05 20 19 40 40

للمزيد من المعلومات ولتتبع معالجة ملفكم :

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام

ما عدا خطأ أو نسيان