

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-714668

118634

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0008392 Société : EA RAI

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL IDAGHAI Najat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664009732 Total des frais engagés : 1000,54 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CRDP N° : AA-215/2019

تعليمات يجب إتباعها

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
المشترقة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية 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.

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

| | |
|--|---|
| 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 +oXO8+ +oLo88+ CNSS Le devoir de vous protéger | ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie | مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire | REG.NAM : 1.201.01 |
| | موافقة مسبقة * Entente préalable * | تنفيذ * Exécution * | |
| | | مرجع رقم 610-1-02 Réf. - 610-1-02 | |

N° Dossier :

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

Nom et prénom : REDOUANE Abdelmajid الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 1110982735 رقم التسجيل :

N° CIN : B657854 رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1 -

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

☐ Conjoint زوج
☐ Enfant ابن

Adresse : العنوان :

Montant des frais : 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 : Redouane Abdelmajid الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 11/11/1982 تاريخ الميلاد :

N° CIN : 1110982735 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : ☐ M ذكر ☐ F أنثى الجنس* :

INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر **

Médecin traitant Etablissement de soins

Type de soins* نوع العلاجات*

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه


Fait à : Casa ب :

Le : 16/04/2022 في :

Signature de l'assuré(e) توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

– * 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

| Description des actes effectués | | | | | | | وصف العمليات المجرة | |
|---|--------------------------------|--|--|--|--|-----------------------------------|---|---|
| Date des actes تاريخ العمليات | Code des actes رمز العمليات | | | | Lettre clé+ cotation NGAP معامل العمليات | Montant facturé المبلغ المفوتر | Signature et cachet du Médecin traitant توقيع وطابع الطبيب المعالج | |
| 16/04/2022 | | | | | chimio | | 1000,54 |  <p>CLINIQUE AL MADINA FACTURATION 532 Bd Panoramique - Casablanca Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L-G) Fax : 05 22 23 00 01</p> |
| INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | | | |

[illegible]

| Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie | | | | | | | | | | عمليات الإحياء، الأشعة والصور | |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------------------|--|---|--|
| تاريخ العمليات Date des actes | | رمز العمليات Code des actes | | | | معامل العمليات Lettre clé, cotation NGAP / NABM | | المبلغ المفوتر 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 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | | | | | | |

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

Détail des règlements effectués en votre faveur aux établissements de soins

| Référence accréd. de réception | Date de soins | Actes | Prestateurs de soins | Montant de la dépense | Tarif de référence | Coef. | Quantité | Base de remboursement | Taux de remboursement % | Montant remboursé |
|--------------------------------|---------------|-------|----------------------|-----------------------|--------------------|-------|----------|-----------------------|-------------------------|-------------------|
| BIDOUANE ASCLAMED | | | | | | | | | | |
| - | 16/04/2022 | - | CLINIQUE ALMADINA | 1 900,00 | - | - | - | - | - | 1 900,00 |
| - | 16/04/2022 | - | CLINIQUE ALMADINA | 18 010,71 | - | - | - | - | - | 17 110,17 |

Sauf erreur ou omission

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° **3312** / **2022** du **18/04/2022**

Nom patient **REDOUANE ABDELMAJID**

Entrée **16/04/2022**

Prise en charge **CNSS AMO**

Sortie **17/04/2022**

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Taux Pec | Montant Patient |
|-----------------------|-------------|----------------|-------------------|-------------|--------------------|
| PRESTATIONS | | | | | |
| CHIMIOThERAPIE | 2,00 | FORFAIT | 1 000,00 | 5 | 100,00 |
| | | | Sous-Total | | 100,00 |
| PHARMACIE | | | | | |
| PHARMACIE | 1,00 | PH | 18 010,71 | 5 | 900,54 |
| | | | Sous-Total | | 900,54 |

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

MILLE DIRHAMS CINQUANTE-QUATRE CENTIMES

Total

1 000,54

Montant total facturé

20 010,71

Montant pris en charge par l'organisme

19 010,17

Montant ticket modérateur à charge du patient

1 000,54

PAYÉ EN ESPÈCES
Le: 16/04/2022

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd. Mohammed VI - Casablanca
Tél: 05 22 77 40 49 (L.G.)
Fax: 05 22 25 00 01

F A C T U R E

N° : 3312 / 2022 du 18/04/2022

CHIMIOThERAPIE

Nom patient **REDOUANE ABDELMAJID**

Entrée 16/04/2022

Prise en charge **CNSS AMO**

Sortie 17/04/2022

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|---|--------|------------|-------------------|------------------|
| CHAMBRE <small>CHIMIOTHI</small> | 2,00 | | 200,00 | 400,00 |
| | | | <i>Sous-Total</i> | 400,00 |
| Consommable <small>CHIMIOTHI</small> | 2,00 | | 400,00 | 800,00 |
| PHARMACIE | 1,00 | PH | 18 010,71 | 18 010,71 |
| | | | <i>Sous-Total</i> | 18 810,71 |
| Total Clinique | | | | 19 210,71 |

| | | | | |
|--|------|--|-------------------|---------------|
| PR. ZAFAD SAADIA (hematologue) <small>CHIMIOTHI</small> | 2,00 | | 400,00 | 800,00 |
| | | | <i>Sous-Total</i> | 800,00 |
| Total Autres prestations | | | | 800,00 |

| | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------|------------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | Total | 20 010,71 |
| VINGT MILLE DIX DIRHAMS SOIXANTE ET ONZE CENTIMES | | | |
| <i>Immatriculation</i> : 110982735 | <i>Adhérent</i> : REDOUANE ABDELMAJID | Part organisme | 19 010,17 |
| <i>Affiliation</i> : | <i>N° prise en charge</i> : 998389678 | Part patient | 1 000,54 |
| <i>Cin</i> : | | | |

CLINIQUE AL HADITH
 532 Bd. Péninsulaire - Casablanca
 Tél : 05 22 77 71 40 & 49 (L.G.)
 Fax : 05 22 25 00 01



Casablanca, le 18/04/2022 في الدار البيضاء، في

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

CLINIQUE ALMADINA
532 BD PANORAMIQUE
MANSARD QUART. PALMIERS
20100 CASABLANCA



Réf : N° d'immatriculation 110982735

Nom et prénom de l'assuré : REDOUANE ABDLAMJID
R4946

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro
998389678 , reçu le 15/04/2022, nous vous faisons
part de notre accord concernant :

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم 998389678
والذي وافقتمونا به بتاريخ 15/04/2022 نطلعكم على
موافقتنا بخصوص

Le bénéficiaire
L'établissement
Le montant
La validité de prise en charge

REDOUANE ABDLAMJID
090006784
25276,47Dhs
du 16/04/2022 au 15/05/2022

المستفيد
المؤسسة العلاجية
المبلغ
صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de
remboursement à déposer impérativement dans un
délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de
sortie du patient de votre établissement et ce, pour
vous permettre de bénéficier du règlement des frais
d'hospitalisation selon les conditions et modalités
fixées par voie réglementaire.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه
في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ خروج المريض من
مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع
مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي
يحددها القانون

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des
soins dans les délais sus mentionnés rend la présente
attestation sans effet.

كما نثير انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل
الأجل المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة
صلاحيتها

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de
nos salutations distinguées.

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا

مصلحة الموافقة المسبقة و التحمل
Service Entente Préalable et Prise en Charge

S/R: DETAIL PHARMACIE SR LMR
S/R: CRH
S/R:
S/R: