

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

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



MUPRAS

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5183 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SHAMI Fatima

Date de naissance : 01-01-1958

Adresse R.Samaa, Angle Rue I.Ben KHALKIS, Bd Bourgogne

N° 130 Bourgogne CAPT -

Tél. : 06 05 8043 20 Total des frais engagés : 856,50 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

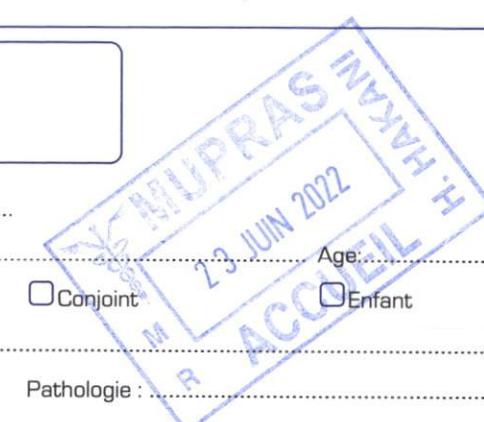
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CAHA Le : 20/06/22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 un 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 un 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.

تغليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل 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 المرسمة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنًا بطلب الموافقة المسبقة. لانحة 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 تصريف كاذب للإستفادة من خدمات غير مسححة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية و كل ما سيق ذكره.

توقيع و طابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réserve à la DAMO

Identification de l'agent : _____

Date de dépôt du dossier : _____

تاريخ الاصنام : _____

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée



موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تفقید *
Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

رقم : 610-1-03

Ref. : ANM : 12/01/2010

خاص بالمؤمن له (لها)
الاسم العائلي والشخصي : _____

رقم التسجيل : _____

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)*
العنوان : _____

العنوان : _____
مبلغ المصاري : _____ درهم

عدد الوثائق المرفقة : _____

تصريح الطبيب المعالج
المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : _____

تاريخ الإزدياد : _____

رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____

الجنس: *

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق **

INPE et code à barres **
061286951

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins

Admission ALD * : Oui Non

N° dossier ALD : _____

Code ALD : _____

Maladie*

مرض *

Hospitalisation*

استشارة*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : Casablanca
Le : 07/09/2024

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré (e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

: ب :
في :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca
Le : 07/09/2024

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

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

080 200 7200 / 080 203 3333 - الدار البيضاء من . ب - 2186 - الدار البيضاء المغربية - ساحة المعلم

دار المؤمن - ساحة المعلم - الدار البيضاء من . ب - 2186 - الدار البيضاء المغربية - ساحة المعلم

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Cassa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Ministère de la Santé
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Formation : R SAN gel
Reçu de M :
La somme de : X - Y

| NATURE DE LA RECETTE | SOMME |
|----------------------|-------|
| | |
| | |
| | |
| Total | 63 |

Quittance
Hôpital Ibn Rochd
0149176

107342
Signature du
Régisseur et Cachet

وصف العمليات المجرأة

Toucage et Cachet du Médecin traitant

CIM-10

Actes Paramédicaux

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

العمليات الإحياء، الأشعة والصور توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي

هـ و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

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

| Nature de la prestation | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
|-------------------------|---------------|----------|------------|
| | | | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | <p>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</p> <p>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</p> | الضمان الاجتماعي CNSS | مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم |
| | Référence structurée : 220617286966066 | Emis à Casablanca le : ٢٠٢٢ | Page : 1 |
| | Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 159689128 Règlement du mois : 06/2022 Mode de paiement : Virement | KSAR MOHAMED 130 BD DE BOURGOGNE RES SANA ETG 02 APPT 06 BOURGOGNE CASABLANCA 2005 | |
| | Informations : | معلومات : | |

| مرجع الاشعار بالاستلام Référence accusé de réception | تاريخ العلاج Date de soins | العمليات Actes | مهنيو الصحة Prestataires de soins | مبلغ المصارييف Montant de la dépense | التعرية المرجعية Tarif de référence | المعامل Coeff. | الكمية Quantité | أساس التعويض Base de remboursement | نسبة التعويض Taux de remboursement% | مبلغ التعويض Montant remboursé |
|---|-------------------------------|-------------------|--------------------------------------|---|--|-------------------|--------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| KSAR MOHAMED | | | | | | | | | | |
| 089034447 | 07/04/2022 | CNP | MME RSINI HANANE PHARMACIE ATTAWHID | 60,00 796,50 | 60,00 637,00 | 1,00 1,00 | 1,00 1,00 | 60,00 637,00 | 90 70 | 54,00 445,90 |
| 089034507 | 28/04/2022 | C | MME BENQADI RACHIDA | 150,00 | 80,00 | 1,00 | 1,00 | 80,00 | 70 | 56,00 |
| 089034507 | 28/04/2022 | PH | PHARMACIE AVENIR | 985,00 | 318,40 | 1,00 | 1,00 | 318,40 | 70 | 222,88 |
| Total remboursé pour MOHAMED | | | | | | | | | | 778,78 |
| Total général remboursé | | | | | | | | | | 778,78 |

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le :

07/04/2022

ORDONNANCE remise

Docteur

à la Famille

K SAR

PHARMACIE ATTAWIND

619922
102 - 00 - 01 d 1/2

Tel Aviv

PHARMACIE ATTAWIND

2 - Risperdal goutte :
03 - 00 - 03 pdt lois

02 - 02

239,00 X 2 02 - 100 g

3 - lamictal

01/1969

57,30 X 2 01 - 01

4 - N sijen 100 g

29,50 X 3 00 - 1/2

23,80 X 2 00 - 2,5 g: 16-00 01
6 - T exista 16-00 01 pdt lois
Layach 100 g: 16-00 01 puis Arrêt

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Teralithe 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,80 DH



6 118000 060895

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Largactil 100mg cp
pell b30
P.P.V : 23,80 DH

6 118000 012375

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:239,00 DH
ID: 648218
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:239,00 DH
ID: 648218
6 118001 140800

CP PEL SEC B20
P.P.V :57DH30
ID: 648218
6 118000 060482
CP PEL SEC B20
P.P.V :57DH30
ID: 648218
ER.:05 2026
6 118000 060482

TEMESIA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V :29DH50
ID: 648218
6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V :29DH50
ID: 648218
6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V :29DH50
ID: 648218
6 118000 011576

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Largactil 100mg cp
pell b30
P.P.V : 23,80 DH
ID: 648218
6 118000 012375