

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.

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'Horizon
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° W19-467622

Complément 120689

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6249 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL Fassi EL Firpi Mohamed

Date de naissance : 08/10/1958

Adresse :

Tél. : 0679382219 Total des frais engagés : 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 : CASABLANCA Le : 28/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : M. El Firpi Mohamed

تعلیمات یجب 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 المرسله بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

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 (60يوما) 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 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

<p>توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent : </p> <p>Date de dépôt du dossier: ١/١/١١١١ تاريخ الإيداع: ١/١/١١١١</p>	<p>Date d'arrivée: ١/١/١١١١ تاريخ الاستلام: ١/١/١١١١</p>

 الضمان الإجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. ANAM : 1.201/01
* موافقة مسبقة * Entente préalable *		* تنفيذ * Exécution *	مرجع رقم 610-1-02

N° Dossier :

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

Nom et prénom : BOUZIANE Badia الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 129 879 0310 رقم التسجيل :

N° CIN : 8 422 054 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

☐ Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : للعنوان :

Montant des frais : مبلغ المصاريف :

Dhs درهم

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 ☐ F الجنس : *

INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدالي والرقم / المشفر **

Médecin traitant Etablissement de soins

الطبيب المعالج المؤسسة العلاجية

Type de soins* نوع العلاجات*

☐ Hospitalisation ☐ Maternité ☐ Accident ☐ Maladie ☐ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : ب :

Le : 02 03 2022 في :

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : ب :


Le : 03 02 2022 في :

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

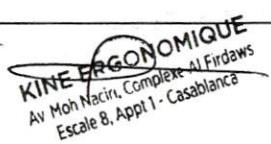
- * Cocher la mention utile pour chaque case

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

لصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 080 203 3333
CNS - Place de DAKAR Casablanca BP: 2186 Cas Gare Téléphone : 080 203 3333

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
03/02/2022		5	300,-		
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					
INPE et 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	
21/03/2022		150,00 x 20 = 3000,00				
INPE et code à Barres						
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 الإحياء، الأشعة والتصوير	
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					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية 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

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
	Référence structurée : 220617231856326	Emis à Casablanca le :	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة	BOUZIANE BADIA 24 RUE SALONIQUE CASABLANCA 2049	
	N° d'immatriculation : 129879030 Règlement du mois : 06/2022 Mode de paiement : Virement		
Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	المعاملات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
BOUZIANE BADIA										
102334870	12/05/2022	AMK	KINESITHERAPEUTE	3 000,00	50,00	1,00	20,00	1 000,00	70	700,00
Total remboursé pour BADIA										700,00
Total général remboursé										700,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

**KINE ERGO**

Casablanca, le 12/05/2022

Bd Mohamed Taieb Naciri

Gh1 - Immeuble 8 - Appt n° 1

Firdaous - Hay Hassani

Casablanca 20.220

A

ASSURANCE : CNSS - Casablanca

OBJET : Facture n° 38/2022

Concernant M. /Mme BOULIANE BADA...

2 Séances de rééducation de Cervicalgie en Lombalgie

du 21/03/2022 au 04/05/2022

Objet d'une ordonnance médicale du 03/02/2022

Accord du 21/03/2022

Nb/Séances	HU /DH	Montant	Observations
2 &	150,00	3000,00	KINE ERGONOMIQUE Moh Naciri, Complexe Al Firdaous Escale 8, Appt 1 - Casablanca Tél 05 22 93 08 36

Arrêtée la présente facture à la somme de :

.....Trois mille Dhs.....

KINE ERGONOMIQUE
Moh Naciri, Complexe Al Firdaous
Escale 8, Appt 1 - Casablanca
Tél 05 22 93 08 36

Salutations



Bd Mohamed Taieb Naciri
Gh1 - Immeuble 8 - Appt n° 1
Firdaous - Hay Hassani
Casablanca 20.220

Tél : 05-22-93-08-36
E-mail : kineergo2013@gmail.com

DEVIS

Date : 01/03/2022

Nom & Prénom du patient : BAUGIANE BADA

Assurance : CNSS

Nombre de séances : 20 sc

KINE ERGONOMIQUE
Av. Moh. Naciri, Complexe Al Firdaws
Escale 8, Appt 1 - Casablanca

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Prix Total
20 sc	Cervicalgie + lombalgie	150,00	3000,00

Arrêté le présent devis à la somme de

TROIS MILLE DIX

KINE ERGONOMIQUE
Av. Moh. Naciri, Complexe Al Firdaws
Escale 8, Appt 1 - Casablanca



Casablanca, le 21/03/2022 في الدار البيضاء، في

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

MME BOUZIANE BADIA
24 RUE SALONIQUE
20490 CASABLANCA



Réf : N° d'immatriculation 129879030

Objet : Avis favorable de l'entente préalable

الموضوع : قبول الموافقة المسبقة

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier d'entente préalable numéro
102347318 , reçu le 02/03/2022, nous vous faisons
part de notre accord pour :

جوابا على الملف رقم 102347318 المتعلق
بالموافقة المسبقة والذي وافيتمونا به
بتاريخ 02/03/2022، نطلعكم على موافقتنا
بخصوص

L'assuré
Le bénéficiaire
Le prescripteur
La quantité
le montant
La validité de l'entente préalable

BOUZIANE BADIA
BOUZIANE BADIA

20
1000
du 02/03/2022 au 31/08/2022

المؤمن
المستفيد
الطبيب الوصف
الكمية
المبلغ
صلاحية الموافقة المسبقة

Le présent accord, est délivré au bénéficiaire, pour
lui permettre le remboursement des frais engagés
dans la limite de la quantité indiquée ci-dessus, et en
application de la tarification nationale de référence.

هذه الموافقة سلمت للمستفيد قصد تمكينه من تعويض
المبالغ المصروفة، في حدود الكمية المحددة أعلاه وتطبيقا
للتعرفة الوطنية المرجعية

Aussi, nous vous signalons que le dépassement du
délai de validité de l'entente préalable sus mentionné
rend le présent avis sans effet.

كما نثير انتباهكم إلى أن عدم تلقي العلاجات داخل
الآجال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الموافقة
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

R4981

Dr. Saad Bennis

Neurochirurgien

Diplômé de la faculté de médecine de Paris VI

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Ancien praticien à l'hôpital Foch

37, rue Daoud Dahiri, 3^{ème} étage, Maarif - Casablanca

+212 663 47 61 36

الدكتور سعد بنيس

جراحة الجهاز العصبي و العمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس

داخلي سابق بمستشفيات باريس

جراح ممارس سابق بمستشفى فوش

37, زنقة داود الظاهري الطابق الثالث، المعاريف - الدار البيضاء

dr.s.bennis@gmail.com

03/02/2022

Reeducation
Restoration fonctionnelle du Rachis
Cervice / Dorsal / Lombaire
20 séances

DR. S. BENNIS
Neurochirurgien
Tél : 00 212 663 47 61 36
IMPE : 031177089

KINE ERGONOMIQUE
Av. Mohammed VI, Complexe Al Firdaws
Escale 8, Appartement 11 Casablanca