

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0017883 124629

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07719 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : CONSENT
 Nom & Prénom : CHOUAICHAA ABDELHAK
 Date de naissance :
 Adresse : 55 RUE ENNARTIS BEAUSÉJOUR CASA
 Tél : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : EL GHEDIM RABIA 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 : CASABLANCA Le : 21 / 08 / 2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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

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.

تعليمات يجب إتباعها

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 المنشتره.

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 التعريفة 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 والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>
	<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>	<p>مرجع رقم 610-1-02</p>

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : EL GHENAM Rabia

N° Immatriculation : 1162556311 رقم التسجيل :

N° CIN : 131421411219 رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1

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

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse : العنوان :

Montant des frais : مبلغ المصاريف : 4186,50 Dhs

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : EL GHENAM RABIA الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 103104-1119611 تاريخ الميلاد :

N° CIN : 131421411219 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : أنثى الجنس :

INPE et code à barres الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المستشف *

Médecin traitant الطبيب المعالج

Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

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. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : ب : 131421411219

Le : في : 131421411219

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 : 131421411219



Le : في : 131421411219

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

Pr. Med. A. HESSISSEN O.R.L. Centre O.R.L. de Diagnostic et Explorations C.O.D.E AL FARABI Casablanca

080 203 3333 - الهاتف: 2186 الدار البيضاء - ص.ب. 2186 الدار البيضاء - محطة تاكسي - ساحة تاكسي - 080 203 3333 CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

<p>توقيع وطابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Reservé à la DAMO.</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier : 131421411219 تاريخ الإيداع :</p>	<p>Date d'arrivée : 131421411219 تاريخ الاستلام :</p>

Description des actes effectués						وصف العمليات المجرة	
تاريخ العمليات Date des actes		رمز العمليات Code des actes		معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP		المبلغ المفوت Montant facturé	
						توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
30/05/22  INPE et code à Barres 091033753						800 	
						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 de cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste		
30/05/2022		B180	271,20 DT	LABORATOIRE ANFA LAB 10, rue Annarjiss Beausejour - Casablanca Tél : 0522 398 241 / 0624 284 506		
INPE et code à Barres 0193063782						
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 الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
	Référence structurée : 220617501603929	Emis à Casablanca le : 15/06/2022	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة EL GHENAM RABIA RUE ENNARJISS IMM 55 APT 8 HAY RAHA CASABLANCA 1600		
	N° d'immatriculation : 116255631 Règlement du mois : 06/2022 Mode de paiement : Virement		
Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات 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
EL GHENAM RABIA										
105130923	30/05/2022	CS	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
105130923	30/05/2022	K	MEDECIN SPECIALISTE	600,00	338,00	1,00	1,00	338,00	70	236,60
105130923	30/05/2022	B	BIOLOGIE	271,20	1,10	180,00	1,00	198,00	70	138,60
105130923	30/05/2022	PHN	PHARMACIE	115,00	115,00	1,00	1,00	115,00	00	0,00
Total remboursé pour RABIA										480,20
Total général remboursé										480,20

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca le 30/05/2022

Casablanca, le

Madame

RABIA

EL GHENAM

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

SINOMARIN ORL

1 APP * 4 PAR JOUR PDT 15 JOURS



PHARMACIE AL AMANA
Mme. Alami Soumri Samira
Docteur en Pharmacie
13, Rue Annahis Bouasejou
Casablanca Tél: 05 22 39 09 70

Signé : Professeur HESSISSEN M A

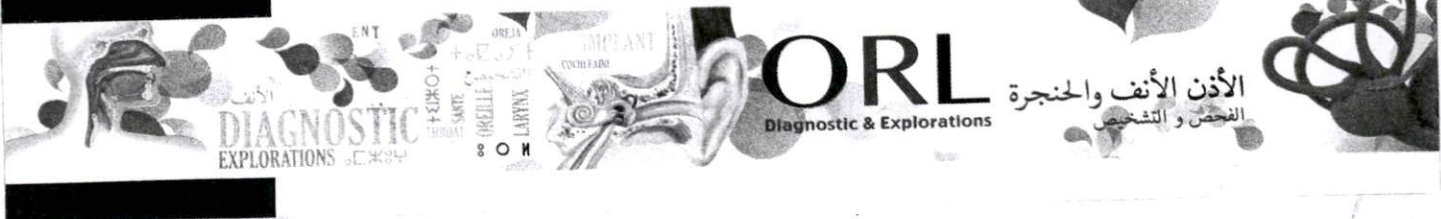


Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85
cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582
ICE : 001837199000069

Pr. Med. A. HESSISSEN
O.R.L.
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091033753



LABORATOIRE ANFA LAB D'ANALYSES MEDICALES

RDC-Espace des arts, Angle bd Yacoub El Mansour et rue Annarjis, Beauséjour, CASABLANCA
Tél : 05 22 39 82 41/06 24 28 45 06- T.P: 34800898 I.F: 40246527 I.C.E: 000426563000094 I.N.P.E : 093063782

INPE : 

FACTURE N° : 220500139

CASABLANCA le 30-05-2022

Mme EL GHENAM Rabia

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E30
	Temps de céphaline activé	B60
0236	Taux de prothrombine	B40
0216	Numération formule	B80

Total des B : 180

TOTAL DOSSIER : 271.20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent soixante et onze dirhams vingt centimes.

LABORATOIRE ANFA LAB
Bd Yacoub El Mansour, rue Annarjis
Beausejour - Casablanca
Tél : 0522 398 241 / 0624 284 606

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85

BILAN

Mr, Melle, Mme, Enft ALGHENAM Robson Le..... 30/05/22
Né(e) le: 01/05/2001
Nécessite le bilan suivant :

LABORATOIRE ANFA LAB
Bd Yacoub El Mansour, rue Annarjiss
Beausejour - Casablanca
Tél : 0522 398 241 / 0624 284 506

☒ NFS + Pq

☐ VS

☒ TP - TCK

☐ UREE GLYCEMIE

☒ GROUPAGE

☐ ASLO

☐ AUTRE.....

Pr. Med. A. HESSISSEN
O.R.L.
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations
O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091033753



C.O.D.E.

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 / 30 30 FAX : 022 20 18 85

Pr. Med. A. HESSISSSEN
Centre O.R.L. de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091033775

NOTE D'HONORAIRES

NASOFIBROSCOPIE

Le 30.10.5.1.2022

Reçu la somme de **800 (HUIT CENTS) DHS**

De Mr, Melle, Mme ...EL G.MENAM.....RABIA

Pour consultation ORL + nasofibroscopie (C3 + K10).

Pr. Med. A. HESSISSSEN
Centre O.R.L. de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091033775