

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, parodontologie 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

- 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 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° W21-764823

COMPLEMENTAIRE

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1454

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BEN KADIR MOSTAPHA

Date de naissance :

03-06-1954

Adresse :

19, RUE BAALABAK ETG 2 N° 6

BENJAIA CASA 2020

Tél. : 06 33 30 33 63

Total des frais engagés : 350,- + 1786,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complémentaire épouse

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

OUADADES FOUZIA

Age : 65

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 : 22/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

M. KADIR

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par évènement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes es pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures...).

Le nom et prénom de la personne soignée loivent 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 ustificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical ontinu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être résenté dans les soixante (60) jours qui suivent a fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de éférence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au emboursement que suite à un accord préalable. a liste de ces dernières est disponible auprès de out le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et aladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse éclaration pour obtenir des prestations qui ne ont pas dues, est passible des sanctions légales t réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la NSS est subordonnée au respect des conditions églementaires et de ce qui précède.

تعليمات 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 المرسله بالرمز الشريطي للأدوية المشتركة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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 التعريفه الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

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 طبقا للمساطر القانونية.

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

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

| | | | |
|--|--|---|------------------------------|
| <p>الضمان الإجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p> | <p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p> | <p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p> | <p>Réf. : ANAM 1.2.02.01</p> |
| <p>N° Dossier :</p> | | | |
| <p>Partie réservée à l'assuré(e)</p> | | | |
| <p>خاص بالمؤمن له (لها)</p> | | | |
| <p>الإسم العائلي والشخصي : OUADES Fouzia</p> | | | |
| <p>رقم التسجيل : 111111111111111111</p> | | | |
| <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 111111111111111111</p> | | | |
| <p>علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Moï-même <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p> | | | |
| <p>العنوان : Rue Baerabak Im 19 Apt 6 - 2e étage Bejdia CH-SABARKA</p> | | | |
| <p>مبلغ المصاريف : 17.86 + 350 Dhs.</p> | | | |
| <p>عدد الوثائق المرفقة :</p> | | | |
| <p>Declaration du Médecin traitant</p> | | | |
| <p>المستفيد من العلاجات</p> | | | |
| <p>بénéficiaire de soins</p> | | | |
| <p>الإسم العائلي والشخصي : OUADES Fouzia</p> | | | |
| <p>تاريخ الميلاد : 111111111111111111</p> | | | |
| <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 111111111111111111</p> | | | |
| <p>الجنس : * أنثى <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> M</p> | | | |
| <p>الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **</p> | | | |
| <p>INPE et code à barres **</p> <p>INP: 091166298</p> | | <p>المؤسسة العلاجية</p> | |
| <p>مédecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p> | | <p>Etablissement de soins</p> | |
| <p>نوع العلاجات</p> | | | |
| <p>Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> | | | |
| <p>رقم ملف المرض المزمن : 111111111111111111</p> | | | |
| <p>رمز المرض المزمن : 111111111111111111</p> | | | |
| <p>Code ALD : 111111111111111111</p> | | | |
| <p>Maladie * <input checked="" type="checkbox"/> مرض *</p> | | <p>Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p> | |
| <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : ب : في : 121111111111111111</p> <p>Le : 121111111111111111</p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p> | | <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : ب : في : 121111111111111111</p> <p>Le : 121111111111111111</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p> | |

* 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 الهاتف - الدار البيضاء المطة - 2186 - الدار البيضاء م. ب.
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

| | | | |
|--|--|--|---|
|  | بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO |  الضمان الاجتماعي الجمهورية المغربية CNSS | مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06 : |
| | Référence structurée : 220921852744553 | Emis à Casablanca le : 23/09/2022 | Page : 1 |
| | Identifiant de la famille تعريف العائلة OUDADES FOUZIA 19 RUE BAALABAK 2EME ETG BEN JDIA ALSACE LORRAINE CASABLANCA 2012 N° d'immatriculation : 160184117 Règlement du mois : 09/2022 Mode de paiement : Virement | | |
| Informations : معلومات : | | | |

| مرجع الإشعار بالاستلام | تاريخ العلاج | الصلوات | مهنو الصحة | مبلغ المصاريف | التعريف المرجعية | المعامل | الكمية | أساس التعويض | نسبة التعويض | مبلغ التعويض |
|------------------------------------|---------------|---------|-----------------------|-----------------------|--------------------|---------|----------|-----------------------|-------------------------|-------------------|
| Référence accusé de réception | Date de soins | Actes | Prestataires de soins | Montant de la dépense | Tarif de référence | Coef. | Quantité | Base de remboursement | Taux de remboursement % | Montant remboursé |
| OUDADES FOUZIA | | | | | | | | | | |
| 067193364 | 21/07/2022 | CS | MR BENMIMOUN MOSTAFA | 350,00 | 150,00 | 1,00 | 1,00 | 150,00 | 70 | 105,00 |
| 067193364 | 21/07/2022 | PH | PHARMACIE NOUVELLE | 1 786,70 | 1 697,80 | 1,00 | 1,00 | 1 697,80 | 70 | 1 188,46 |
| Total remboursé pour FOUZIA | | | | | | | | | | 1 293,46 |
| Total général remboursé | | | | | | | | | | 1 293,46 |

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو تسيان



CABINET MÉDICAL SPÉCIALISÉ

Dr. Mostafa BENMIMOUN
Médecine Interne

Diplômé de l'Université Pierre & Marie Curie
Faculté de Médecine Saint-Antoine-Paris

الدكتور مصطفى بنميمون
الطب الباطني

خريج جامعة بيار و ماري كوري
كلية الطب سانت-انطوان-باريس

الطب الباطني - الأمراض المجموعية - الأمراض الكبرى - أمراض العضام والمفاصل - أمراض الشرايين
Maladies de systèmes - Maladies polyviscérales - Grands syndrômes - Rhumatologie - Pathologie vasculaire



091166298

Casablanca le, 21 JUL 2022

OUDADES Farzia:

437,00 x 3

Jauvmet 50/1000

1 ————— 1 x 03 mois

31/08/22

29/11/22

12/09/22

23-1347

113,30 x 2

Depakine 500

Depakine chrono

16, Bd de la Liberté - Casablanca

Tél : 05 22 29 82 28

16, Bd de la Liberté - Casablanca

Tél : 05 22 29 82 28

1 ————— 1 x 03 mois

36,70 x 2

Anxiolab 10mg

28081

16, Bd de la Liberté - Casablanca

Tél : 05 22 29 82 28

0 ————— 1/2 x 03 mois

109,00

Auler

1 prise le matin avant repas.

20,93

D3-BON

1 amp / mois x 03 mois

Total = 1786,70

ANXIOL® 6 mg
30 comprimés quadriscabables

6 118000 081111

AULCER® 20 mg
14 Gélules

6 118001 220045

AULCER® 20 mg
28 Gélules

6 118001 220038

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH

6 118001 081073

ANXIOL® 6 mg
30 comprimés quadriscabables

6 118000 081111

6 118001 160495

6 118001 160495

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH

6 118001 081073

6 118001 160495

ZENITH Pharma
AMM N° 17116 CMP/21/NNPR

6 118001 272228

PPV : 20,90 DH