

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

- 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° W21-765701

133623

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2509

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : CHRAÏMI AÏSSA

Date de naissance : 04/10/1957

Adresse : HABITAT

Tél. : 0661 09 66 13

Total des frais engagés : 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

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 : 13/10/22

Signature de l'adhérent(e)

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-765701

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

تَعْلِيمَاتٌ يَجِبُ اتِّبَاعُهَا

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
علمي 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 التعريف الوطنية
المرجعية.


تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المبينة.
لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات المستنوق
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 الإجتماعي
رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

<p>توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بملفية التأمين الصحي الإجباري 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 الاجتماعي MEOH - ALCH CNSS Le droit de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>
	<div style="display: inline-block; border: 1px solid black; padding: 2px;">موافقة مسبقة *</div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; padding: 2px;">Entente préalable *</div>	<div style="display: inline-block; border: 1px solid black; padding: 2px;">تنفيذ *</div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; padding: 2px;">Exécution *</div>
		مرجع رقم 610-1-03 Réf. : 610-1-03

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

(لها) اص بالمؤمن له

Nom et prénom : SRA Jiri Abdelilah : الاسم العائلي والشخصي :
 N° Immatriculation : 1176444619 : رقم التسجيل :
 N° CIN : A 800679 : 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 : Lot 12 DIHAR N° 10 El ELABED Tamar : العنوان :

Montant des frais : 3990 Dhs. : مبلغ المصاريف :
 Nombre de pièces jointes : 1 : 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 الإزدياد :
 N° CIN : : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Sexe * : M ☐ ذكر F ☐ أنثى : الجنس : *

INPE et code à barres ** : الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشرط **

Médecin traitant : الطبيب المعالج	Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية
-----------------------------------	---

Type de soins

نوع العلاجات

Admissibilité ALD * : ☒ Oui ☐ Non : قبول المرض المزمن :
 N° dossier ALD : : رقم ملف المرض المزمن :
 Code ALD : : رمز المرض المزمن :

Maladie * ☐ مرض * Hospitalisation * ☐ استشفاء *

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
 Fait à : :
 Le : :

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré (e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
 Fait à : :
 Le : :

توقيع وطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case.

طَبَّ الْخَلْقَةِ الْمُنَاسِبَةُ

080 200 7200 / 080 203 3333 - ٠٨٠ ٢٠٣ ٣٣٣٣ - ٠٨٠ ٢٠٠ ٧٢٠٠

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Cas. Gère Téléphone : 080 300 7200 / 080 203 3333

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Echo-doppler cardiaque et vasculaire
Doppler artériel et veineux, Epreuve d'effort, Holter tensionnel et E.C.G

Docteur Jamal AGOUMY
CARDIOLOGUE

Diplômé de la faculté de Médecine de Lyon
Diplômé d'Echographie Doppler Cardiaque
Diplômé de Cardiologie Nucléaire



الدكتور جمال أگومي

اختصاصي في أمراض القلب والشرابيين
خريج كلية الطب بليون

Rabat, le 22.02.2022

CARDIX® 6,25mg
28 Comprimés



CARDIX® 6,25mg
28 Comprimés



CARDIX® 6,25mg
28 Comprimés



CARDIX® 6,25mg
28 Comprimés



CARDIX® 6,25mg
28 Comprimés



CARDIX® 6,25mg
28 Comprimés



Redlip® 20mg
30 Comprimés pelliculés



Redlip® 20mg
30 Comprimés pelliculés



Redlip® 20mg
30 Comprimés pelliculés



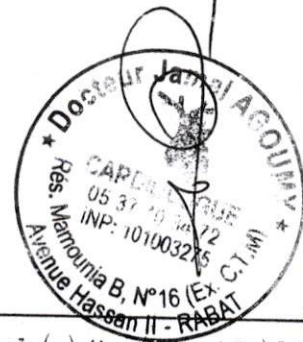
Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique



T = 639,90



إقامة المامونية (ستيام سابقا) مدخل (ب) رقم 16 زاوية زنقة بيروت شارع الحسن الثاني - الرباط
الهاتف : 05 37 70 34 72 - الفاكس : 05 37 20 21 69 - المستعجلات : 05 37 65 65 65 : Clinique Rabat Zear
Mamounia (Ex. CTM) - Enrée B - App 16 - Angle Rue Beyrouth - Av. Hassan II - Rabat - Tél. : 05 37 70 34 72
05 37 20 21 69 Patente : 25100078 - I.F. : 33414402 - CNSS : 2446319 - E-mail : jagoumy@hotmail.com
INP : 101003275

Pharmacie AL FATH
Dr. FAKHET Nassim
Res. Tanssim Imm9 Harhoura
Tel: 05 30 30 21 20

44,00 x 6 = 264,00

CARDIX 6, 25;

97,60 x 3 = 292,80

1 c water - 1 c dr
REDLIP 20: 1 c dr

27,70 x 3 = 83,10

CARDIOASPIRINE 100:
1 c unci

x 6

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO			مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 220921100354252		Emis à Casablanca le : <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; display: inline-block;"></div>	Page : 1
	Identifiant de la famille	تعريف العائلة	SRAIRI ABDELILAH LOT IZDIHAR N° 10 SID EL ABED SKHIRAT TEMARA 1204	
	N° d'immatriculation : 176440610 Règlement du mois : 09/2022 Mode de paiement : Virement			
Informations :		معلومات :		

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو 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	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Montant remboursé
SRAIRI ABDELILAH										
102924271	16/08/2022	PH	PHARMACIE AL FATH	639,90	639,90	1,00	1,00	639,90	95	607,91
Total remboursé pour ABDELILAH										607,91
Total général remboursé										607,91

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



إفادة بالاستلام
ACCUSE DE RECEPTION



Réf : 610-2-102 مرجع رقم :

Code agence : 001369 رمز الوكالة :

Numéro dossier



102924271

رقم الملف

Informations sur l'assuré

Nom et prénom

SRAIRI ABDELILAH

N° d'immatriculation

176440610

Nom et prénom du bénéficiaire

SRAIRI ABDELILAH

Informations sur le dossier

Type dossier

DOSSIER DE REMBOURSEMENT

Date/heure de dépôt

16/08/2022 12:36

Date de soin

2022-08-16

Montant des frais de soins

639.90 DHS

معلومات عن المؤمن له

الاسم العائلي والشخصي

رقم التسجيل

الاسم العائلي والشخصي للمستفيد

معلومات عن الملف

نوع الملف

تاريخ ووقت الإيداع

تاريخ العلاج

مبلغ تكاليف العلاج

Madame, Monsieur,
Nous avons bien reçu votre dossier. Nous vous informons qu'il sera transmis aux services de la CNSS pour traitement.

سيدتي، سيدي،
لقد توصلنا بملفكم. نخبركم أنه سيتم إحالته على مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من أجل معالجته.

Dans le cadre de la généralisation de la couverture sociale et médicale aux travailleurs non salariés (TNS), la CNSS collecte vos données personnelles en vue de vous faire bénéficier de cette couverture. Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation provisoire auprès de la CNDP sous le numéro: A-PO-ECO-199/2021 Les données personnelles collectées peuvent être transmises à votre organisme de liaison et aux administrations et partenaires conformément à la demande d'autorisation précitée.

في إطار تعميم التغطية الاجتماعية و الصحية لفائدة العمال غير الأجراء يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بتجميع معطياتكم الشخصية اللازمة لتمكينكم من الاستفادة من هذه التغطية. معالجة معطياتكم كانت موضوع ترخيص مؤقت من قبل اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي تحت رقم A-PO-ECO-199/2021 يمكن أن ترسل معطياتكم الشخصية المجمعة من قبل الصندوق، إلى هيئة الاتصال التي تنتمون إليها وإلى الإدارات و الشركاء وفقا لطلب الترخيص سالف الذكر.

Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez :

لممارسة حقوقكم في الولوج والتصحيح والتعرض، وفقا لمقتضيات القانون 09-08، يمكنكم توجيه طلبكم إلى البريد الإلكتروني reclamation.pdcp@cnss.ma أو ربط الاتصال بمركز الاتصال "ألو ضمان" التابع للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على الأرقام التالية: 0802033333 أو 0802007200

- Adresser votre demande à la boîte email : reclamation.pdcp@cnss.ma ;
- Prendre attache avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télé-conseillers du Centre d'appel Allo Daman aux numéros suivants : 0802033333 ou 0802007200

للتعرف على حقوقكم في مجال حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، يمكنكم الاطلاع على الدليل العملي لممارسة الحقوق فيما يتعلق بحماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، الذي تم نشره من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على مستوى الموقع الإلكتروني www.macnss.ma

Pour connaître vos droits en matière de protection des données à caractère personnel, vous pouvez consulter le mode opératoire relatif à l'exercice des droits en matière de protection des données à caractère personnel, mis en ligne par la CNSS au niveau du site www.macnss.ma

Pour plus d'informations et pour le suivi de traitement de votre dossier :

للمزيد من المعلومات ولتتبع معالجة ملفكم :

Veuillez visiter notre site Web

www.cnss.ma

ou le portail des assurés

www.macnss.ma

ou l'application mobile

Ma CNSS

ou contacter notre centre d'appel aux numéros

05 20 19 40 40

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام