

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



Déclaration de Maladie

N° W21-765701

133623

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Matricule :

2509

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHRAZMI AFIFA

Date de naissance :

07/10/1957

Adresse :

066109 5613

Total des frais engagés :

Dhs

Tél. :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : 10/10/2022 Le : 13/10/2022

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.

توقيع و طبع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : Date de dépôt du dossier : نوع الإيداع :	Date d'arrivée : نوع الاستلام :

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 المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق 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 المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بظل رهينا بطلب الموافقة السابقة. لانحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات المستند الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيتعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée

* موافقة مسبقة
Entente préalable

* تنفيذ
Exécution

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم 610-1-03

ANNA : 12.01.01
RME :

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي :
رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

N° Dossier : SRA TIRI Ab de Li La

N° Immatriculation : 17164446119

A 800679

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : 201 IZNIHAR N° 10 El Abed et Temara

مبلغ المصارييف :

639,70 درهم

عدد الوثائق المرفقة :

1/1

تصريح الطبيب المعالج

المستند إلى من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :
الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :
تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس : *
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق *

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :
.....

Date de naissance :
.....

N° CIN :
.....

Sexe * : M ذكر F أنثى

INPE et code à barres **

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins

Admission ALD * : Oui

Non

N° dossier ALD :
.....

.....

Code ALD :
.....

Maladie* مرض *
.....

Hospitalisation* استشفاء *

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

أشهد بمحسنه كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus
 sincères et véritables.

أصرح بمصداقية وصحة
المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à :
.....

في :
.....

Fait à :
.....

Le :
.....

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré (e)

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

* Cocher la mention sielle pour chaque case

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

دلاع المؤمن - ساحة دلار - قارب الهضام من . ب - 2186 - قارب الهضام الحلة - الهاتف : 080 200 7200 / 080 23333

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

* اخطاب الفقة المناسبة

CIM-10

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					العمليات الإحياء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المغفور Montant facturé	توقيع و طبع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					

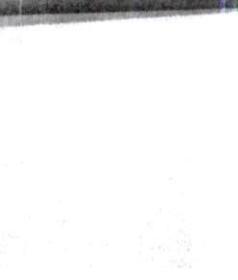
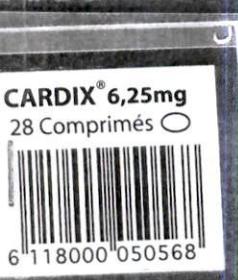
جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممنوعة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

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

Prestations et services non pris en charge par l'organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

**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 أخومي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب بلينون

Rabat, le 22.02.2022

64,00 x 6 = 264,00
97,60 x 3 = 292,80
27,70 x 3 = 83,10

SRARI Adelih
Cardix 6,25:

de matin - 10 dr
REDLIP av: 10 dr

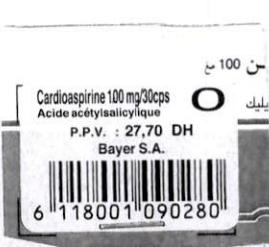
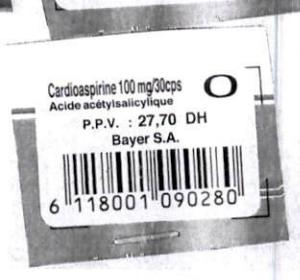
Cardiospirine: 10 dr
ac midi

x 6 -

اقامة المامونية (ستيام سابقا) مدخل (ب) رقم 16 زاوية زنقة بروت شارع الحسن الثاني - الرباط
الهاتف : 05 37 70 34 72 - الفاكس : 05 37 20 21 69 - المستعجلات : 05 37 65 65 65
Mamounia (Ex. CTM) - Entrée 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. Tariq Hamid Harhoura
Tel: 05 30 30 21 20



 <p>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</p> <p>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</p>	 <p>الضمان الاجتماعي CNSS</p>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم Page : 1
Référence structurée : 220921100354252		Emis à Casablanca le : □□□□
Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 176440610 Règlement du mois : 09/2022 Mode de paiement : Virement		SRAIRI ABDELILAH LOT IZDIHAR N[10 SID EL ABED SKHIRAT TEMARA 1204
Informations :		معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة 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										
Total général remboursé										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



إفادة بالاستلام
ACCUSE DE RECEPTION

Ref: 610-2-102 مرجع رقم:



Code agence: 001369 رمز الوكالة:

Numéro dossier



102924271

رقم الملف

معلومات عن المؤمن له

الاسم العائلي والشخصي
Nom et prénom: SRAIRI ABDELILAH
رقم التسجيل
N° d'immatriculation: 176440610
الاسم العائلي والشخصي المستفيد
Nom et prénom du bénéficiaire: SRAIRI ABDELILAH

الاسم العائلي والشخصي

رقم التسجيل

الاسم العائلي والشخصي المستفيد

معلومات عن الملف

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

نوع الملف

تاريخ ورقة الاداع

تاريخ العلاج

مبلغ تكاليف العلاج

Informations sur le dossier

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

سيدي، سيدتي،
لقد توصلنا بملفك، تخبركم أنه ستم 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.

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

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

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 :

Veuillez visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou contacter notre centre d'appel aux numéros

في إطار تعميم التقليفة الاجتماعية والصحية لفائدة العمال غير الأجراء يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
بتجميع معلوماتكم الشخصية الازمة لتنكيكم من الاستفادة من هذه التقليفة.
محلجة معلوماتكم كانت موضوع ترخيص مؤقت من قبل اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعلومات ذات الطابع
الشخصي تحت رقم **A-PO-ECO-199/2021**
يمكن ان ترسل معلوماتكم الشخصية المجمعة من قبل الصندوق، إلى هيئة الاتصال التي تتبعون إليها وإلى الإدارات و
الشركاء وفقا لطلب الترخيص سالف الذكر.

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

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

للمزيد من المعلومات ولتتبع معالجة ملفكم :

www.cnss.ma
www.macnss.ma
Ma CNSS
05 20 19 40 40

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام