

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0016563

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AOYAME MOSTAFA
Date de naissance :
Adresse : habituelle
Tél. : 0682 100580 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 :
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 : 28 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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 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.

تعليمات يجب إتباعها

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 المشتراة.

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 التعريفة الوطنية المرجعية.


تعويض بعض الخدمات يظل رهنا 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 للإستفادة 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 NEXOS - FUSCH CNSS 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>
---	---	---

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : **EL NECHRAFI A. Z. Z. A**

رقم التسجيل : **11545192333**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **11545192333**

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : **12, RUE ABON EL WAST. RESIDENCE SERKAT "B" 9**

مبلغ المصاريف : **Dhs.**

عدد الوثائق المرفقة : **.....**

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي : **EL NECHRAFI A. Z. Z. A**

تاريخ الميلاد : **11545192333**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **11545192333**

الجنس : * **مذكر ☐ أنثى ☒**

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **

INPE et code à barres **

الطبيب المعالج

المؤسسة العلاجية

Type de soins

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن : * **Oui ☐ Non ☐**

رقم ملف المرض المزمن : **.....**

رمز المرض المزمن : **.....**

استشفاء * **Maladie ☐ Hospitalisation ☐**

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

أصريح بمصداقية صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Le : **11545192333**

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré (e)

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.

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الدار البيضاء المحطة - ب. 2186 - الدار البيضاء

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

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الإجتماعي التأميني CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم
	Référence structurée : 221022886861183	Emis à Casablanca le : 14/10/2022	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 154502333 Règlement du mois : 10/2022 Mode de paiement : Virement	EL MECHRAFI AZIZA 123 RES SEKKAT B RUE ABOU EL WAQT 3 EME ETG APPT 9 CASABLANCA 2016	
	Informations :		

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنو 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 MECHRAFI AZIZA										
103833846	02/09/2022	CS	MR NACIRI ARABI	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
103833846	02/09/2022	PH	PHARMACIE LAHJAJMA	314,40	224,50	1,00	1,00	224,50	77	172,87
103833845	12/09/2022	CG	MME ELOUAZZANI	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
103833845	12/09/2022	PH	ECHCHAHDY TAM	293,10	293,10	1,00	1,00	293,10	77	225,69
103833845	12/09/2022	PHN	PHARMACIE LAHJAJMA	279,10	164,20	1,00	1,00	164,20	00	0,00
Total remboursé pour AZIZA										514,06
Total général remboursé										514,06

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Professeur EL OUAZZANI Tam

Dermatologie - Vénérologie

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique

Laser

PHARMACIE EL OUAZZANI
Rue de la Résistance Taghazout
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67

الأستاذة الوزاني طام

إختصاصية في أمراض الجلد والشعر

والأمراض التناسلية الحساسية

وعلم التجميل

Casablanca, le : 12 9 2022 : الرار البيضاء، في

El Tachrafi Aziza

(8x10x2)

Ynaxium 20 mg



au coucher

(13600x3)

Amlo 5 mg



traitement de 2 mois

572,00

Professeur EL OUAZZANI Tam
Dermato - Vénérologie
Dermato - Allergologie
Dermatologie Esthétique
Cosmétique Lasers
75, Bd. Massira Al Khadra - Casablanca
Tél: 0522 99 62 75/76 - Fax 0522 99 62 74
INP: 091152389

75, شارع المسيرة الخضراء - الطابق الأول يسار - الرار البيضاء - الهاتف : 05 22 99 62 75 / 76 - الفاكس : 05 22 99 62 74

75, Bd. Massira Al Khadra - 1er Etage à gauche - Casablanca - Tél.: 05 22 99 62 75 / 76 - Fax : 05 22 99 62 74

Email : tamelouazzani@hotmail.com

AMlor 5 mg ○
56 COMPRIMÉS
6 118000 250012

AMlor 5 mg ○
56 COMPRIMÉS
6 118000 250012

AMlor 5 mg ○
56 COMPRIMÉS
6 118000 250012

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bntou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Bottle 14
Cp GR
64015DMP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bntou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Bottle 14
Cp GR
64015DMP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH
6 118001 020591