

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 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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-764819

Complémentaire

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1894 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Benkadiou Christophe

Date de naissance : 07-09-1954

Adresse : 19, rue BOALABEK FG 2 N° 6
BENSAIA - CASA 20120

Tél. : 06 33 30 33 63 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complémentaire Conjoint

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : OUAADES Fouzia

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 : CASA

Le : 20 / 02 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

تعليمات يجب إتباعها

blir une feuille de soins par personne et par
nement.

feuille de soins doit être accompagnée de
les les pièces justificatives originales
lonnances médicales, factures, ...).

nom et prénom de la personne soignée
 vent être portés par les praticiens eux mêmes
 chaque feuille de soins.

ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

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.

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.

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

te personne coupable de fraude ou de fausse
laration pour obtenir des prestations qui ne
t pas dues, est passible des sanctions légales
églementaires.

bligation de remboursement prise par la SS est subordonnée au respect des conditions élémentaires et de ce qui précède.

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
المشترقة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ حالة عملية طبية. ماعدا في حالة العلاج المستمر في هذه الحالة. يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سينتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.


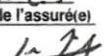
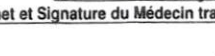
لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

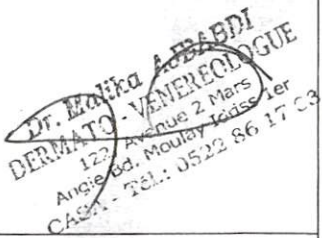
الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية
غير قابلة للتعويض.

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

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

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : e de dépôt du dossier: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الإيداع: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الاستلام:	Date d'arrivée: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الاستلام:

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	رقم المرجع : 610-1-02 Réf. - 610-1-02
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (لها)	
الاسم العائلي والشخصي : OUDADES FOUZIA			
N° Immatriculation : 116121111411171		رقم التسجيل :	
N° CIN :		رقم بطاقة التعريف الوطنية : 181-1317191416161	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *			
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Moi-même	
Enfant <input type="checkbox"/> ابن			
Adresse : 19, rue Baâlabab Apt 6 2 ^e étage Benjaia CASABLANCA			
Montant des frais :		مبلغ المصاريف :	
450 + 454,90 Dhs			
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant			
Bénéficiaire de soins			
الاسم العائلي والشخصي : OUDADES FOUZIA			
Date de naissance : 11/11/1911		تاريخ الميلاد :	
N° CIN : 181-1317191416161		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر		الجنس :	
F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى			
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **	
Médecin traitant Dr. MALIKA AJBABI DERMATO - VENERELOGUE 122, Avenue 2 Mars Angic Bd. Moulay Idriss 1er CABA - Tél : 0522 86 17 03		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins*			
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء		نوع العلاجات	
Maternité <input type="checkbox"/> أمومة			
Accident <input type="checkbox"/> حادثة			
Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.			
Fait à : Casablanca		أؤكد بصحة كل ما ذكر أعلاه	
Le : 11/11/11		توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية	
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : casablanca Le : 11/11/11	
		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins 	


Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
16/12/22		CS	250DH.		
INPE et code à Barres 91003968					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _						
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
16-12-22	254,90	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ 092045483		
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



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l' Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب
Le : 02/02/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 160184117		رقم التسجيل	Destinataire
Règlements de la période		أداءات الفترة	OUADES FOUZIA
du : 06/01/2023	: من		
au : 06/01/2023	: إلى		

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
OUADES FOUZIA											
80474424	16/12/2022	CS	DERMATOLOGIE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	06/01/2023	105,00
80474424	16/12/2022	PH	PHARMACIES D OFFICINES	254,00	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	06/01/2023	60,76
Total remboursé											165,76
Total général remboursé											165,76

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web

ou le portail des assurés

ou l'application mobile

ou appeler notre serveur vocal au numéro

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma

www.cnss.ma/Portail/

« Ma CNSS »

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال الوضمان على الأرقام

دار المؤمن - ساحة داكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 0522 54 86 07 فاكس: 0522 54 86 73

Maison de l' Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

Docteur Malika AJBABDI
 DERMATOLOGUE VENEREOLOGUE
 Spécialiste des Maladies de Peau
 des Ongles du Cuir Chevelu
 Maladies Sexuellement Transmissibles
 Cosmétologie



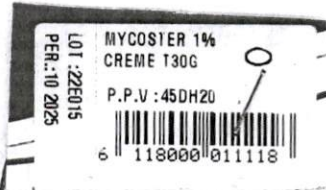
الدكتورة مليكة أجبابدي
 اختصاصية في الأمراض الجلدية
 الجلد الأظافر
 الشعر والأمراض التناسلية
 الطب التجميلي

Casablanca, le : 16 12 22

Mme OUDAGES Fauzia

~~Radaxyl~~ cp

1 cp le soir après le



Cicalgate crème

1 cp visage

Uveblock traucher pc tête ci

1 app/2h

68,00

Septinine traucher

1 cp traucher pied

30,00

Uveblock traucher



122، إقامة نصر الله - شارع 2 مارس زاوية مولاي إدريس الأول - الطابق الثاني - الدار البيضاء أنفا - الهاتف : 05 22 86 17 03
 122, Résidence Nasr Allah - Avenue 2 Mars - Angle Bd. Moulay Idriss 1^{er} 2^{ème} étage - Casa Anfa - Tél. : 05 22 86 17 03

49,00
Myosine (cette)
1ap / 15 min

45,00
Myosine (cette)
1ap / 15 min

20,90 x 3
- Vitamine D3 BON

1ap / min pdt 3-4

T = 254,90

PHARMACIE NOUVELLE
CASABLANCA
K. BOUZOUGAA
Bd de la Liberté - Casablanca
Tél : 05 22 31 47 17

ART
01000