

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° W21-770378

Complémentaire (épouse)

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1494 Société : 249947

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENKADIR Mohamed

Date de naissance : 19, RUE BAALABAN ETG 2 N° 6

Adresse : BEN DIA - CAS 20120

Tél. : 33 30 33 63 Total des frais engagés : 20 + 3101,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complémentaire (conjoint)

Date de consultation : 03/10/2022

Nom et prénom du malade : DUDAS 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 : Casablanca Le : 03/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : M. O. A. M.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Instructions à suivre

Établir 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 الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسله 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 التعريفات الوطنية المرجعية.


تعويض بعض الخدمات يظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة. لخدمة 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 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>
<p>N° Dossier :</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>		
<p>الإسم العائلي و الشخصي : OUADDES FOUZIA</p> <p>رقم التسجيل : 111111111111111111</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 111111111111111111</p> <p>N° CIN :</p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Moi-même <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p> <p>العنوان : 19, rue Bachelard Etage 2 n° 6 Benjdia CASABLANCA</p> <p>المصاريف : 3.400,00 DHS</p> <p>Montant des frais :</p> <p>عدد الوثائق المرفقة :</p> <p>Nombre de pièces jointes :</p>		
<p>تصريح الطبيب المعالج</p> <p>المستفيد من العلاجات</p> <p>الإسم العائلي و الشخصي : Ouadaes Fouzia</p> <p>تاريخ الإزدياد : 11/11/11</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 111111111111111111</p> <p>N° CIN :</p> <p>الجنس : * M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى</p> <p>INPE et code à barres **</p> <p>مédecin traitant : 0941018940</p> <p>Établissement de soins : المؤسسة العلاجية</p> <p>وع العلاجات</p> <p>قبول المرض المزمن * : Non</p> <p>Admission ALD * :</p> <p>رقم ملف المرض المزمن :</p> <p>رمز المرض المزمن :</p> <p>Code ALD :</p> <p>Maladie * <input checked="" type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : Casablanca</p> <p>Le : 11/11/11</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 : Casablanca</p> <p>Le : 11/11/11</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins</p>		

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Établissements de soins) ainsi que le code de l'Agence.

2186 - الدار البيضاء - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare



CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

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

Dr. Abdelfettah IDRISSE KAITOUNI

Expert Assermenté près les Tribunaux

MEDECINE GENERALE

Echographie

Electrocardiographie

Visite médicale pour permis de conduire

الدكتور عبد الفتاح إدريسي قيطوني

خبير محلف لدى المحاكم

الطب العام

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص الطبي لرخصة السياقة

Casablanca, le

03/10/2022

Mlle Fouzia
الدار البيضاء، لي

Oudades

Janumet 50/1000

Depakone chrono 500

Anxiol 6mg (ou Zepam 6mg)

Aulcer gelule

Trumedat sachet 150
Sucre

15 x 3/4

Total = 3101,90 - مشروع الفردوس - الألفة - البيضاء

GSM : 06 61 15 52 73 - Tél : 05 22 93 22 13 - E-mail : ikaitouni@hotmail.com

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD N
AMM N° : 268/19/DN
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.



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
à libération prolongée

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

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

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

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 quadriséables
6 118000 081111

ANXIOL® 6 mg
30 comprimés quadriséables
6 118000 081111

ANXIOL® 6 mg
30 comprimés quadriséables
6 118000 081111

ANXIOL® 6 mg
30 comprimés quadriséables
6 118000 081111

ANXIOL® 6 mg
30 comprimés quadriséables
6 118000 081111

ANXIOL® 6 mg
30 comprimés quadriséables
6 118000 081111

ANXIOL® 6 mg
30 comprimés quadriséables
6 118000 081111

AULCER® 20 mg
28 Gélules
6 118001 220038

AULCER® 20 mg
28 Gélules
6 118001 220038

AULCER® 20 mg
28 Gélules
6 118001 220038

AULCER® 20 mg
28 Gélules
6 118001 220038



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 :
Le :

CASABLANCA
02/02/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 160184117

رقم التسجيل

Destinataire

المرسل إليه

OUADES FOUZIA

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 05/12/2022 : من
au : 05/12/2022 : 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
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعويضة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembours- ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
OUADES FOUZIA											
80470554	03/10/2022	PH	PHARMACIES D	3101,90	0,00	1,00	20,00	0,00	0,00	05/12/2022	1996,40
80470554	03/10/2022	C	OFFICINES MEDECINE GENERALE	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	05/12/2022	56,00
Total remboursé											2052,40
Total général remboursé											2052,40

- 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 أو الضمان على الأرقام