

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

- 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

M23-005526

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société : 155757

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AOUAME MOSTAFA

Date de naissance : habituelle

Adresse :

Tél. : 0662 602570 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 :

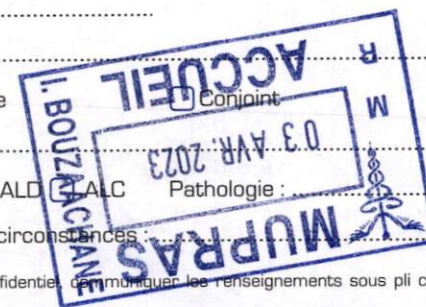
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : case Le : 03 / 04 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



تعلیماتِ یحییٰ یتباعہا

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 الشرطي للأدوية
المستزادة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإيجابية 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.


يتمتع تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.
لأنحة 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 للإستفادة 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>الضمان الاجتماعي MOROCHE CNSS Le devoir 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>
* موافقة مسبقة * Entente préalable *	* تنفيذ * Exécution *	Réf. : 610-1-03 مرجع رقم
N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e)		اصح بالمؤمن له (لها)
Nom et prénom : EL NECHRAFI AZIZA		لإسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : 151450123131		رقم التسجيل :
N° CIN : 1112114331111		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
Adresse : 123 Rue Hassan EL WAT - Résidence SECURAT - B. 019 BORDJ BOUJOURNE		العنوان :
Montant des frais : درهم		مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du Médecin traitant		
Bénéficiaire de soins		صريح الطبيب المعالج
Nom et prénom : EL NECHRAFI AZIZA		الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : 11/11/1981		تاريخ الإزدياد :
N° CIN : 1112114331111		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى		الجنس :
INPE et code à barres **		رقم البطاقة الوطنية
Médecin traitant الطبيب المعالج N° INP : 091 021 865		Dr. Chadia BENCHEQROUN CARTE D'IDENTIFICATION 123 Rue Hassan EL WAT, Angle Rue Washington 0522 29 33 42 / 0522 29 41 10522 29 41
Type de soins		نوع العلاجات
Admission ALD * : Oui		قبول المرض المزمن * :
N° dossier ALD : 1112114331111		رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD : Maladie* <input type="checkbox"/> مرض*		رمز المرض المزمن :
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء*		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Fait à : 21/11/2023		ب :
Le : 21/11/2023		في :
Signature de l'assuré(e)		توقيع وطبيب الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Dr. Chadia BENCHEQROUN		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

080 200 7200 / 080 203 3333 **الخط الحار - الدار البيضاء** 2186 Casa Gare Téléphone 080 200 7200 / 080 203 3333 080 200 7200 / 080 203 3333

تد المومنين وساعة بالكر والدار النضام من ب
Tel/Fax 00962 229 33 497 0522 29 41 71

CIM-10	6A3
--------	-----

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



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 : أصتب :
Le : 14/03/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 154502333 رقم التسجيل
Règlements de la période : أداءات الفترة
du : 14/03/2023 : من
au : 14/03/2023 : إلى

Destinataire المرسل إليه
EL MECHRAFI AZIZA

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	مهنو 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 rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
EL MECHRAFI AZIZA											
112395499	24/01/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	536,20	0,00	1,00	5,00	0,00	0,00	14/03/2023	412,87
Total remboursé										مجموع مبلغ التعويض	412,87
Total général remboursé										مبلغ التعويض الاجمالي	412,87

- 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

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES
Dr Chadia BENCHEQROUN
Cardiologue

Ancienne externe des hôpitaux de Paris
Ancienne interne des hôpitaux de Bordeaux
Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux
CES des maladies du cœur et vaisseaux
Diplômée d'écho-doppler cardiaque et vasculaire
Membre de la Société Française de Cardiologie
Filiale Pédiatrique et Filiale d'Echocardiographie

CASABLANCA, LE 24 JANVIER 2023

MADAME EL MECHRAFI AZIZA

13160 x3

1/- TAREG 80 MG

1/2 CP/J LE MATIN

13660 x2

2/- AMLOR 5 MG

1 CP/J. LE MATIN.

TRAITEMENT DE 3 MOIS.

53620

الدكتورة شادية بنشقرون
Dr. Chadia BENCHEQROUN
CARDIOLOGUE
63, Bd. d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
Tel/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

PHARMACIE LAHAJMA
Avenue de la Résistance - Casablanca
Tel.: 05 22 20 28 61

