

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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-717234

156439 *Corriel*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9261 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Ould Rachid - Fatima ZAHRA

Date de naissance : 1969-03-08

Adresse : 32 Ave ALI RABAT

Tél. : 0615272304 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Hassan Kisra
Professeur à la Faculté de Médecine
Psychiatre - Psychothérapeute
C.H.U. Ibn Sina - Rabat
INPE : 101123164

Date de consultation : 06/03/2023

Nom et prénom du malade : Ould Rachid Fatima ZAHRA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : *Pathologie neurologique*

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 : *Rabat* Le : 06 / 03 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : *Ould Rachid*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-717234

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 :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				<p>Docteur Hassan Kisra</p> <p>Professeur à la Faculté de Médecine</p> <p>Psychiatre - Psychothérapeute</p> <p>C.H.U. Ibn Sina - Rabat</p> <p>INPE : 101123164</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hassan KISRA

Professeur de Psychiatrie

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

Médecin Psychiatre – Psychothérapeute

Thérapies Comportementales et Cognitives

Adultes, adolescents et enfants

C.H.U. Ibn Sina

GSM : 06 69 74 02 66

الدكتور حسن كسرا

أستاذ في الطب النفسي

كلية الطب و الصيدلة - الرباط

طبيب نفسي - معالج نفسي

العلاج السلوكي والمعرفي

الكبار و الأطفال

المركز الاستشفائي ابن سينا

المحمول : 06 69 74 02 66

Le06/03/23.....

Certificat Médical

Je, soussigné Docteur H. Kisra, Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie et Psychiatre à l'Hôpital Ar-Razi de Salé, certifie que Mme Ould Chaouia Fatima Zahra nécessite une prolongation de son congé de maladie trois mois, à partir du 08/03/23.

Certificat pour usage administratif.

Pr H. Kisra

Docteur Hassan Kisra
Professeur à la Faculté de Médecine
Psychiatre - Psychothérapeute
C.H.U. Ibn Sina - Rabat
INPE : 101123164

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية
مستشفى الشيخ زايد
مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

2 791 081

Quittance N°

IPP : 1 408 806 N° de dossier : C233866990

DI : 3 180 821

Patient : OULD CHAOUIA FATIMA ZAHRA

Montant : 400,00 Dh (quatre cents et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 06/03/2023

Description :

Medecin : C0441 KISRA HASSAN

Motif : CONSULTATION PSYCHIATRE



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 1

Cachet du caissier :

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

N° 2105332



إشعار بالانقطاع عن العمل و طلب التعويضات اليومية
Avis d'interruption de travail et demande
d'indemnités journalières

Référence : 312-1-16

N° Dossier

رقم الملف

Type de dossier (1)

نوعية الملف (1)

أمومة
Maternité

تمديد
Prolongation

حادث يعزى إلى الغير
Accident imputable
à un tiers (2)

مرض
Maladie (2)

Cadre à remplir par l'assuré(e)

إطار يملأ من طرف المؤمن له (ها)

N° de la CNI (3)

رقم البطاقة الوطنية للتعريف (3)

N° d'immatriculation

رقم التسجيل 18.173.953A

Prénom

Fatima-Zahra

الاسم الشخصي Nom

Ould Rachid

الاسم العائلي

Adresse

32, Ave Ali

العنوان

Ville

NABAT

المدينة

Quartier

الحي

Pays

NABOL

البلد

Code Postal

الرمز البريدي

Téléphone portable

0615272304

الهاتف النقال

أصريح بصنق و صحة المعلومات المذكورة
Je déclare les informations citées sincères et véritables

أعضاء المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré(e)

Cadre à remplir par l'employeur

إطار يملأ من طرف المشغل

L'employeur

المشغل

N° d'affiliation

رقم الانخراط

Assuré auprès de la compagnie d'assurance

مؤمن لدى شركة التأمين

Contre les risques AT/MP (4)

ضد أخطار حوادث الشغل و الأمراض المهنية (4)

sous police n°

تحت رقم البوليصا

Certifie que l'assuré(e) ci-dessus mentionné(e) occupe
actuellement le poste de

يشهد أن المؤمن له (ها) المشار إليه (ها) أعلاه
(ت) يشغل حالياً وظيفة

A interrompu effectivement son travail le

انقطع فعليا عن العمل بتاريخ

A prolongé son arrêt de travail le

مدد انقطاعه عن العمل بتاريخ

أصريح بصنق و صحة المعلومات المذكورة
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

أعضاء و ختم المشغل
Signature et cachet de l'Employeur

Fait à

حرف

Le

بتاريخ

(1) Cocher la case correspondante

(2) Les accidents de travail et les maladies professionnelles ne sont pas couverts par le régime de la sécurité sociale

(3) Ou le titre de séjour pour les étrangers (carte de résidence ou carte d'immatriculation)

(4) AT/MP Accident de travail, Maladie Professionnelle

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

Indice de révision 04_27/04/2021

ضع علامة في الخانة المناسبة

لا يطبق قانون الضمان الاجتماعي حوادث الشغل و الأمراض المهنية

أو سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل)

حادث شغل أو مرض مهني

تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقا لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.

Cadre à remplir par le médecin traitant إطار يملأ من طرف الطبيب المعالج

Diagnostic: Traumatisme de l'épaule droite التشخيص

Date d'interruption du travail: 08/03/2023 تاريخ الانقطاع عن العمل

Date de prolongation d'arrêt du travail: _____ تاريخ تمديد الانقطاع عن العمل

Nombre de jours d'arrêt ou de prolongation: 90 J عدد أيام التوقف أو التمديد

En toutes lettres: Quatre vingt dix jours بالحروف

En cas de Maternité: _____ في حالة ولادة

Date présumée de l'accouchement: _____ التاريخ المتوقع للولادة

Date réelle de l'accouchement: _____ تاريخ الولادة

Je soussigné médecin traitant: Docteur Hassan Kisra أنا الموقع أسفله الطبيب المعالج

Identifiant National du Praticien: C.H.U. Ibn Sina - Rabat الرقم الوطني للاستشاري للطبيب

INPE: 101123164

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Signature et cachet du médecin: _____

Fait à: _____ Date: 08/03/23 بتاريخ

Cadre à remplir par le médecin conseil إطار يملأ من طرف الطبيب المستشار

Je soussigné Dr: _____ أنا الموقع أسفله الدكتور

Médecin Conseil à l'Agence: _____ طبيب مستشار بوكالة

Avoir examiné Madame / Monsieur: _____ فحصت السيد (ة)

Décision du médecin: _____ قرار الطبيب

Nombre de jours accordés: _____ عدد الأيام الممنوحة

En toutes lettres: _____ بالحروف

A partir de: _____ ابتداء من

L'incapacité est elle due à: _____ العجز ناتج عن

Un accident de travail: Oui ☐ Non ☐ حادث شغل

Une maladie professionnelle: Oui ☐ Non ☐ مرض مهني

أصرح بصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Signature et cachet du médecin: _____

Fait à: _____ Date: _____ بتاريخ

Conditions d'octroi

Conditions d'octroi

Pour acquiescer le droit à la première indemnité l'assuré doit justifier de cinquante-quatre jours, continus ou discontinus, de cotisation pendant les six mois civils précédant l'incapacité.

Postérieurement à l'incapacité initiale, l'assuré ne peut prétendre de nouveau à l'indemnité journalière qu'après une période minimum de six jours continus ou discontinus de cotisation après la reprise du travail.

Au cas où l'incapacité est due à un accident pour lequel la législation des accidents de travail ou des maladies professionnelles ne s'applique pas, le droit aux indemnités journalières est reconnu sans tenir compte de la condition de 54 jours de cotisation à condition que le concerné soit assujéti au régime de la CNSS au moment de l'accident.

Délai de dépôt

L'avis d'interruption de travail doit être déposé dans un délai maximum de 30 jours à compter de la date de l'interruption du travail.

Sous peine de prescription, et sauf en cas de force majeure, la demande d'indemnités journalières de maladie doit être déposée dans un délai de moins de 6 mois après la date de l'incapacité.

Indemnités journalières de maternité

La femme salariée qui cesse toute activité salariale à l'occasion de l'accouchement bénéficie d'indemnités journalières pendant 14 semaines.

Conditions d'octroi

Justifier d'un minimum de 54 jours de cotisations pendant les 10 mois civils précédant la date d'arrêt de travail pour accouchement, et qu'elle soit résidente au Maroc.

Délai de dépôt

Pour l'avis d'interruption de travail, le délai de dépôt est de 30 jours suivant l'interruption du travail pour la demande d'indemnités journalières de maternité, le délai de dépôt est de 9 mois à compter de la date d'arrêt de travail, sous peine de déchéance et sauf cas de force majeure.

Pièces à joindre à cette demande

- Copie de la CN, ou le titre de séjour pour les étrangers (carte de résidence ou carte d'immatriculation) si le dépôt n'est pas fait auparavant à la CNSS ;

- Attestation RIE ou spécimen de cheque (si le dépôt n'est pas fait auparavant à la CNSS).

Joindre selon le cas :

En cas de Maladie

- Pli confidentiel du médecin traitant (facultatif),

- Copie du procès verbal de police ou de gendarmerie (accident de la voie publique).

En cas de Prolongation

- Pli confidentiel du médecin traitant (facultatif).

En cas de Maternité

- Extrait d'acte de naissance ou, à défaut, un certificat de naissance délivré par le médecin ;

- Certificat de décès en cas de décès du nouveau-né.

Montant de la prestation

Indemnités journalières de maladie

Durée : indemnité accordée à partir du quatrième jour pendant 52 semaines au maximum au cours des 24 mois qui suivent le début de l'incapacité.

Montant : 2/3 du salaire journalier moyen soumis à cotisation et perçu durant les six derniers mois précédents l'arrêt de travail.

Indemnités journalières de maternité

Durée : 14 semaines à partir de la date d'arrêt du travail

Montant : 100% du salaire journalier moyen soumis à cotisation et perçu pendant les six derniers mois précédant l'arrêt du travail rendu nécessaire par la proximité de l'accouchement

pour plus d'informations
visitez notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appelez notre serveur vocal au numéro
ou contactez notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros
112-1-16
de révision 04 07 05 2021

www.cnss.ma
www.marcnss.ma
Allo CNSS
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

شروط الاستفادة

شروط الاستفادة

لاكتساب الحق في التعويض الأول، يجب على المؤمن له أن يثبت قضاء أربعة وخمسين يوما متصلة أو غير متصلة من الاشتراك خلال السنة أشهر المدنية السابقة لحصول العجز.

ولا يتمتع المؤمن له بعد العجز الأول بالتعويض اليومي من جديد إلا بعد أن تمر على اشتغاله للعمل مدة تقابل سنة أيام متواصلة أو غير متواصلة مدفوع عنها الاشتراك.

وإذا كان العجز ناتجا عن حادث لا يعزى عليه التشريع الخاص بحوادث العمل والأشخاص المهنية اعترف للمصاب بالحق في التعويضات اليومية دون مراعاة شرط قضاء أربعة وخمسين يوما من الاشتراك على أن يكون المصاب حاضرا للطعام الصدوق الوطني للضمان الاجتماعي عند وقوع الحادث.

أجل الإيداع

يجب على المؤمن له أن يودع الإشعار بالانقطاع عن العمل في أجل أقصاه 30 يوما ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل.

أشياء يجب على المؤمن له، تحت طائلة التقادم، ما لم تمل ذلك قوة قاهرة، إيداع طلب التعويضات اليومية عن الأزمات والحالات في أجل السنة أشهر الموالية لتاريخ العجز عن العمل.

التعويضات اليومية عن الولادة

تستفيد المؤمن لها، عند انقطاعها عن العمل من أجل الولادة، من تعويضات يومية لمدة أربعة عشر أسبوعا.

شروط الاستفادة

أن تتوفر على الأقل على 54 يوما من التصرّفات بالأجر مدفوع عنها الاشتراك خلال الأشهر المدنية العشرة السابقة لتاريخ انقطاعها عن العمل من أجل الولادة أو أن تكون قاطنة بالمغرب.

أجل الإيداع

بالنسبة للإشعار بالانقطاع عن العمل يتم إيداعه في أجل لا يتعدى 30 يوما ابتداء من تاريخ الانقطاع عن العمل.

بالنسبة لطلب التعويضات اليومية عن الولادة يتم إيداعه في أجل لا يتعدى 9 أشهر ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل، تحت طائلة التقادم ما لم تمل ذلك قوة قاهرة.

الوثائق الواجب إرفاقها مع هذا الطلب

- نسخة من البطاقة الوطنية للتعريف أو سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل) إذا لم يسبق للمؤمن له الإيداع بها لدى مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

- شهادة بنكية شخصية أو نموذج شيك (إذا لم يسبق للمؤمن له الإيداع بتعريفه البنكي لدى مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي).

تضاف إلى هذه الوثائق:

- في حالة مرض: طبي سريري للطبيب المعالج (اختياري).

- في حالة الشغل: نسخة من محضر الشرطة أو الدرك الملكي (حادث بالمعرب العام).

- في حالة التمديد: طبي سريري للطبيب المعالج (اختياري).

- في حالة لوم: طبي سريري لوم.

- عند الإيداع أو شهادة الولادة مسلمة من طرف الطبيب.

- شهادة الولادة في حالة وفاة المولود الجديد.

مبلغ التعويض

التعويضات اليومية عن المرض

- مدة التعويض: يصرف التعويض ابتداء من اليوم الرابع وطوال 52 أسبوعا على الأكثر خلال 24 شهرا الموالية لبداية العجز؛

- مبلغ التعويض: 2/3 الأجر اليومي المتوسط الحاصل للاشتراك والتعويض خلال 6 أشهر السابقة للتوقف عن العمل.

التعويضات اليومية عن الولادة

- مدة التعويض: أربعة عشر أسبوعا، ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل؛

- مبلغ التعويض: 100% من متوسط الأجر اليومي الحاصل للاشتراك والتعويض خلال السنة أشهر السابقة للتوقف عن العمل بسبب الولادة.

للمزيد من المعلومات:
توجهي زيارة موقعنا الإلكتروني
أو عبر البريد الإلكتروني للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمعجب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la Consultation

08/03/2023

2) Renseignements Clinique Sommaire :


Trouble sévère d'angoisse

3) Traitement envisagé et actes correspondant à la cotation indiquée sur la note réf.

(30) de cécile - ibtla
Hypnose
thérapie

4) Durée prévisible du traitement

3 mois

A.  le 08/03/23

VISA ET CACHET DU MEDECIN

Docteur Hassan Kissa
Professeur à la Faculté de Médecine
Psychiatre - Psychothérapeute
C.H.U. Ibn Sina - Rabat
INPE : 101123164



FICHE MEDICALE
CONFIDENTIELLE

DIRECTION DES
ASSURES

REF. : 451-4-45

Application de la Convention de Sécurité Sociale MAROC -

NOM ET PRENOM DU MALADE →

NUMERO DU DOSSIER →

NUMERO D'AFFILIATION →

PLI A JONDRE A LA DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

Ce pli ne doit être rempli que par le médecin conseil de la C. N. S. S.