

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W21-772170

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-772170

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 :

[illegible][illegible]

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
		A M	P C	I M	I V	

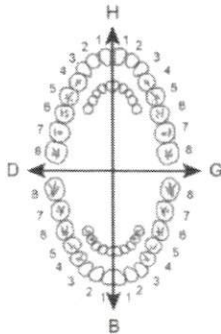
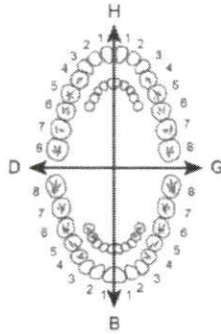
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, 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" data-bbox="1498 916 1731 1061"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433852</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>B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433852	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G																	
25533412	21433852																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le

06/02/23

Docteur

Pr H. Kisra

Mme Ould Chaouia Fatima Zahra

1. MIRTAZAPINE 30 mg
1 cp le soir

Traitement de trois mois


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



Rabat, le
06/02/23

Docteur Pr H. Kisra

Mme Ould Chaouia Fatima Zahra

1. MIRTAZAPINE 15 mg
2 cp le soir
2. ALIVIAR 50 mg
1 gélule le soir
3. LEXOMIL cp 6 mg ou ZEPAM 6 mg ou ANXIOL 6 mg
1/2 cp si besoin

Traitement de trois mois



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

2.773.756

Quittance N°
[PP : 1 408 806 N° de dossier : C233827841

DI : 3 159 643

Patient : OULD CHAOUIA FATIMA ZAHRA

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

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 06/02/2023

Description :

Medecin : C0441 KISRA HASSAN

Motif : CONSULTATION PSYCHIATRE



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 4

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° 2090627

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

Diagnostique **Taleh** التشخيص

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

Date de prolongation d'arrêt du travail **08/03/2023** تاريخ تمديد الانقطاع عن العمل

Nombre de jours d'arrêt ou de prolongation **88** عدد أيام التوقف أو التمديد

En toutes lettres **Quatre-vingt-huit** بالحروف

En cas de Maternité **En cas de Maternité** في حالة ولادة

Date prévue de l'accouchement **08/03/2023** التاريخ المتوقع للولادة

Date réelle de l'accouchement **08/03/2023** تاريخ الولادة

Je soussigné médecin traitant **Dr. Taleh** أنا الموقع أسفله الطبيب المعالج

Identifiant National du Praticien **10123164** الرقم الوطني الاستدالي للطبيب

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables **أصرح بمسوق صحة المعلومات المذكورة أعلاه**

Signature et cachet du médecin **Dr. Taleh** أعضاء وختم الطبيب

Fait à **Rabat** Le **08/03/2023** حرر في بتاريخ

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

Je soussigné Dr. **Dr. Taleh** أنا الموقع أسفله الدكتور

Médecin Conseil à l'Agence **Dr. Taleh** طبيب مستشار بوكالة

Avoir examiné Madame / Monsieur **Dr. Taleh** فحصت السيد (ة)

Décision du médecin **Dr. Taleh** قرار الطبيب

Nombre de jours accordés **88** عدد الأيام الممنوحة

En toutes lettres **Quatre-vingt-huit** بالحروف

A partir de **08/03/2023** ابتداء من

L'incapacité est elle due à **Dr. Taleh** العجز ناتج عن

Un accident de travail **Oui** نعم **Non** لا

Une maladie professionnelle **Oui** نعم **Non** لا

أصرح بمسوق صحة المعلومات المذكورة أعلاه **Dr. Taleh**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables **Dr. Taleh**

Signature et cachet du médecin **Dr. Taleh** أعضاء وختم الطبيب

Fait à **Rabat** Le **08/03/2023** حرر في بتاريخ

Conditions d'octroi شروط الاستفاضة

Indemnités journalières de maladie ou d'accident التعويضات اليومية عن المرض أو حادث

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.

Indemnités journalières de maternité التعويضات اليومية عن الولادة

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

Conditions d'octroi شروط الاستفاضة

Justifier d'au moins 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 أجل الإيداع

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 الوثائق الواجب إرفاقها مع هذا الطلب

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 RH ou spécimen de chèque (si le dépôt n'est pas fait auparavant à la CNSS).

Justifier selon le cas :

En cas de Maladie

Pl confidenciel du médecin traitant (facultatif).

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

En cas de Prolongation

Pl confidenciel 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 مبلغ التعويض

Indemnités journalières de maladie التعويضات اليومية عن المرض

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 التعويضات اليومية عن الولادة

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.

Plus d'informations : www.cnss.ma ou le portail des assurés www.maecss.ma ou l'application mobile MaCNSS ou appeler notre serveur vocal au numéro 080 20 30 100 ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros 080 20 33 33 / 080 200 7200

شروط الاستفاضة شروط الاستفاضة

التعويضات اليومية عن المرض أو حادث التعويضات اليومية عن المرض أو حادث

شروط الاستفاضة

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

ولا يستحق المؤمن له بعد المعجز الأول التعويض اليومي من جديد إلا بعد أن تمر على استئنافه للعمل مدة أقصاها ستة أشهر متوالية أو غير متوالية مدفوع عنها الاشتراك.

وإذا كان العجز ناتجا عن حادث لا يجري عليه التتبع الخس بحدوث الشغل والأمراض المهنية اعترف للمصاب بالحق في التعويضات اليومية دون مراعاة شروط قضاء أربعة وخمسين يوما من الاشتراك على أن يكون المصاب خاضعا لنظام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي عند وقوع الحادث.

أجل الإيداع أجل الإيداع

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

أضاح يجب على المؤمن له، تحت طائلة التقادم، ما لم تحل دون ذلك قوة قاهرة، إيداع طلب التعويضات اليومية عن الأضرار والحوادث في أجل السنة أشهر الموالية لتاريخ المعجز عن العمل.

التعويضات اليومية عن الولادة التعويضات اليومية عن الولادة

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

شروط الاستفاضة شروط الاستفاضة

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

أجل الإيداع 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 تحل دون ذلك قوة قاهرة.

الوثائق الواجب إرفاقها مع هذا الطلب الوثائق الواجب إرفاقها مع هذا الطلب

نسخة من البطاقة الوطنية للتعريف أو سند الإقامة بفرنسية لأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل) إذا لم يسبق للمؤمن له الإدلاء بها لدى مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

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

تمضاف إلى هذه الوثائق:

في حالة مرض

ملى سري للطبيب المعالج (اختياري).

نسخة من محضر الشرطة أو البرك الملكي (حادث بالمطريق العام).

في حالة تمديد

ملى سري للطبيب المعالج (اختياري).

في حالة أمومة

عقد الزواج أو شهادة الولادة مسلمة من طرف الطبيب.

شهادة وفاة في حالة وفاة المولود الجديد.

مبلغ التعويض مبلغ التعويض

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 الخاضع للاشتراك والمقوض خلال 6 أشهر السابقة للتوقف عن العمل.

التعويضات اليومية عن الولادة التعويضات اليومية عن الولادة

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

مبلغ التعويض : 100 % من متوسط الأجر اليومي الخاضع للاشتراك والمقوض خلال السنة السابقة للتوقف عن العمل بسبب الولادة.

لمزيد من المعلومات : يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني أو للبريد الإلكتروني للمؤمن لهم أو تطبيق الهاتف أو الاتصال بالهاتف على الرقم أو الاتصال بمركز الاتصال لمؤمن لهم على الأرقام



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) Aui Solo رقم البطاقة الوطنية للتعريف (3)

N° d'immatriculation 1.8.17.39.5.3.7 رقم التسجيل

Prénom Fatima-Zehra الاسم الشخصي Nom Ould Rachid الاسم العائلي

Adresse 32, Ave NAI RABAT العنوان

Ville RABAT المدينة Quartier الحي

Pays MAROC البلد Code Postal الرمز البريدي

Téléphone portable 0615272304 الهاتف النقال

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

Ould Rachid
إمضاء المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré(e)

Cadre à remplir par l'employeur

إطار يملأ من طرف المشغل

L'employeur

N° d'affiliation

Assuré auprès de la compagnie d'assurance

Contre les risques AT/MP (4)

sous police n°

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

يشهد أن المؤمن له (ها) (لها) 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 وصحة المعلومات المذكورة
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

إمضاء وختم المشغل
Signature et cachet de l'Employeur

Fait à Ould Rachid حرره
Le 06-02-23 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

(1) ضع علامة في الخانة المناسبة
(2) لا يغطي قانون الضمان الاجتماعي حوادث الشغل والأمراض المهنية

(3) أو سند الإقامة بالانتماء للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل)

(4) حادثة شغل أو مرض مهني
تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي



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 JOINDRE A LA DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

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

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la Consultation

08/03/2024

2) Renseignements Clinique Sommaire :

TDM

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

(807) de la zone d'habitat
Ht. 10m
Ht. 10m

4) Durée prévisible du traitement

12 mois

A. 12 le 08/03/24

VISA ET CACHET DU MEDECIN

Docteur Hassan Kato
Professeur à la Faculté de Médecine
Psychiatre - Psychologie
C.H.U. Ibn Sina - Rabat
INPE 101123164
REF: 451-4-45

Indice de révision : 01