

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-781512

156142

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 2509	Société : ROYAL AIR MAROC		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAHAD AGCHA			
Date de naissance : 04/01/57			
Adresse : CHABIB ZAERI			
Tél. : 0661095613	Total des frais engagés : 866,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 :

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 : Meknès Le : 25/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-781512

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 2509

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

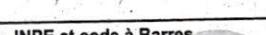
Description des actes effectués						وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant		
26/11/2021	Ch		Gr	Dr. LYASSI Mouna Neurologue 2, Immeuble Massira Cité Massira CSM 06 88 95 50 54 INPE: 1012083553	Signature et Cachet du Médecin traitant	
INPE et code à Barres _____						
INPE et code à Barres _____						

CIM-10

CIM 10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مuron التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
26/12/22	8646,00	Pharmacie Al Fakher Dr. FAYEZ Res.Tanssim Tel: 05 30 30 20 10
INPE et code à Barres  102 M22 G5		
INPE et code à Barres  102 M22 G5		

Pharmacie AL FAYET
Dr. FAYET
Res.Tessim
Tel: 05 30 36 21 10

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Prestations et services non pris en charge par la sécurité sociale	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 :

صفحة 1 /1

نº d'immatriculation	176440610	رقم التسجيل	Destinataire	المرسل إليه
Règlements de la période		أداءات الفترة	SRAIRI ABDELILAH	
du : 24/01/2023		من :		
au : 24/01/2023		إلى :		

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

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

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة 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
SRAIRI ABDELILAH											
100614469	26/11/2022	PH	PHARMACIES D OFFICINES	8646,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	24/01/2023	8213,70
Total remboursé											8213,70
Total général remboursé											8213,70

- 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

ACCUSE DE RECEPTION MANUEL

AMO PV IJM-PRO AF

RC Autre :

N° CNSS: 126440610

N° DOSSIER (s) : 105684469

Matricule Collaborateur : 41162
Date : ٢٠١٩

هام جدا

لإطلاع على عدد الأيام الم المصرح بها
ولتتبع ملفاتكم الخاصة بالتعويضات
المرجو الاتصال ب 080 20 30 100
أو زيارة بوابة المؤمن له
عبر الموقع www.cnss.ma
أو تطبيق الهاتف الذكي MA CNSS



مركز الاتصال
080 200 7200
080 203 3333

للمزيد من المعلومات

Dr. LYOUSSE MOUNA

**Neurologue - Epileptologue
(Adulte et Enfant)**

Maladies du cerveau - Moelle épinière - Système nerveux
Périphérique et Muscles

Explorations neurophysiologiques: EEG - Video EEG - ENMG



الدكتورة اليوسي منى

اختصاصية في الجهاز العصبي ومرض المصل
(البكارة والصلب)

أمراض الدماغ الأعصاب النخاع الشوكي والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Témara le: 26 Dec 2012 تمارة في.....

O. SRAIRI

Abdel

2882,00 x 3

11-Rilutek 50mg

14x215 soit 03 mois

T = 8646,00

Pharmacie AL FATH
Dr. FAOUZET Massim
Res.Tesslim Hammoura
Tel: 05 37 21 21 20

Dr. LYOUSSE MOUNA
NEUROLOGUE
2, imme. 209, Av. Moulay Ali Cherif
Cité Massira I-Témara
GSM: 06 68 95 50 54-Fixe: 05 37 62 96 90
INPE: 101208558

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Rilutek 50 mg B 56 cpr pel
P.P.V : 2882,00 DH
6 118001 081745

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Rilutek 50 mg B 56 cpr pel
P.P.V : 2882,00 DH
6 118001 081745

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Rilutek 50 mg B 56 cpr pel
P.P.V : 2882,00 DH
6 118001 081745

عمارة 209 - رقم 2 شارع مولاي علي الشريف - المسيرة 1 - تمارة

Imm. 209, Appt N°2, Avenue Moulay Ali Chérif, Cité Massira I - TEMARA
E-mail: dr.lyoussi@gmail.com - Tél: 05 37 62 96 90



Le devoir de vous protéger

الدار البيضاء في Casablanca le ٢٠ ماي ٢٠٢٢

Direction des Prestations de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مديرية تعويضات التأمين الإجباري عن المرض

SRAIRI ABDELILAH
LOT IZDIHAR N° 10 SID EL
ABED SKHIRAT
TEMARA

Réf : Numéro d'Immatriculation : 176440610
Bénéficiaire : SRAIRI ABDELILAH

Objet : Avis favorable pour le remboursement en votre faveur du médicament «RILUTEK»

الموضوع : موافقة متعلقة بتعويضكم عن مصاريف الدواء «RILUTEK»

Madame, Monsieur,

سيدي، سيدتي،

En réponse à votre demande, nous vous informons de notre accord pour le remboursement en votre faveur du médicament «RILUTEK», à compter du 28/02/2022 ce tant que les conditions d'ouverture de droits à l'Assurance Maladie Obligatoire seront remplies.

جوابا على طلبكم، نخبركم بموافقتنا لتعويضكم عن مصاريف الدواء «RILUTEK»، ابتداء من 28/02/2022 وذلك ما دمت متوفرون على شروط الاستفادة من خدمات التأمين الإجباري عن المرض

Ainsi, nous vous invitons à joindre une copie de cet accord à chaque dossier de remboursement déposé par vos soins en rapport avec ledit médicament.

و عليه، ندعوكم إلى إرفاق نسخة من هذه الموافقة إلى كل طلب تعويض عن مصاريف هذا الدواء.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur,, en l'expression de nos sincères salutations.

ونقبلوا سيدتي، سيد، خالص تحياتنا.

قسم المراقبة الطبية القبلية و مراقبة تعويضات التأمين الإجباري عن المرض
Division du Contrôle Médical à Priori et des Prestations AMO

Sauf erreur ou omission



تحت جميع التحفظات