

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

Déclaration de Maladie

N° W21-801843

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11361 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Zoubir Zines

Date de naissance : 03.06.78

Adresse :

Tél. : 061114757 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SITARY SATD 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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 19 / 05 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



lir une feuille de soins par personne et par
ement.
uille de soins doit être accompagnée de
s les pièces justificatives originales
nnances médicales, factures, ...).
om et prénom de la personne soignée
nt être portés par les praticiens eux mêmes
aque feuille de soins.
ordonnances transmises doivent *être
apagnées des codes à barres des
aînments achetés .

feuille de soins ainsi que les pièces
catives doivent être présentées à la CNSS
les deux mois qui suivent le premier acte
al, sauf s'il y a traitement médical continu.
ce dernier cas, le dossier doit être présenté
les soixante (60) jours qui suivent la fin du
ment.
emboursement des frais engagés sera
ré sur la base de la tarification nationale de
nce.
nes prestations ne peuvent donner lieu au
ursement que suite à accord préalable.
e de ces dernières est disponible auprès de
réseau CNSS.
sques liés aux accidents du travail et
es professionnelles ne sont pas couverts.
personne coupable de fraude ou de fausse
tion pour obtenir des prestations qui ne
as dues, est passible des sanctions légales
mentaires.

ation de remboursement prise par la
est subordonnée au respect des conditions
entaires et de ce qui précède.


توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
ation de l'agent :	Date d'arrivée: _ _ _ _ _
Spôt du dossier: _ _ _ _ _	تاريخ الإيداع: _ _ _ _ _

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 الشريطي للأدوية
المشتراة.
يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية
المرجعية.
تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة
المسبقة.
لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.
الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض 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
الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق
ذكره

0661 16 32 18



الضمان الاجتماعي
+toXOst +toeCst
CNSS
Le devoir de vous protéger

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تنفيذ *
Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire
مرجع رقم 610-1-02 - Réf.

Reg. ANAM : 12.01.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (الها)

الاسم العائلي والشخصي : SITARY SAID

رقم التسجيل : 1101287414161

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B1E1K4673141

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (الها) *

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint ☐ زوج ☐ ابن ☐ Enfant ☐

العنوان : 31 Rue 147 GR A OULFA OUSA

مبلغ المصاريف : Dhs

عدد الوثائق المرفقة :

Declaracion du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : SITARY SAID

تاريخ الميلاد : 21 10 1970

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B1E1K4673141

الجنس : * M ☒ ذكر F ☐ أنثى

الرقم الوطني الاستدالي والرقم المسمى **

INPE et code à barres

مédecin traitant الطبيب المعالج

Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

Service Urologie

INPE : 0529004477

Tél.: 0529004477

Type de soins* نوع العلاجات

Hospitalisation ☐ استشفاء ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادثة ☐ Maladie ☒ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : ب : 02/03/2023

Le : في : 02/03/2023

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : ب : 02/03/2023

Le : في : 02/03/2023

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

080 203 3333 :الهاتف : 2186 :الدار البيضاء من :الدار البيضاء الحطة -

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - السجل الوطني للمهنيين في القطاع الصحي -

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
02/03/23	CS		CT		
INPE et code à Barres P911037705					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _						
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				بيات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue Biologiste	
03-03-23		B220 tP9	252,00		
INPE et code à Barres 093002301					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _		

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 : Le :	CASABLANCA 24/03/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1	الصفحة
nmatriculation 102974146		المستفيد إليه		
ients de la période		Destinataire		
du : 22/03/2023 : من		SITARY SAID		
au : 22/03/2023 : إلى		أداءات الفترة		

lez trouver ci-dessous une récapitulation des
tions AMO dont vous avez bénéficié au de la
le précitée.

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

مبلغ التعويض	تاريخ إرسال الأداء	نسبة التعويض	أساس التعويض	الكمية	المعامل	التعريف المرجعية	مبلغ المصاريف	مهنيو الصحة	العمليات	تاريخ العلاج
Montant remboursé	Date d'envoi du paiement	Taux de rembours- ement %	Base de rembour- sement	Quantité	Coeff.	Tarif de référence	Montant de la dépense	Prestataires de soins	Actes	Date de soins
0,00	22/03/2023	70,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	UROLOGIE	CG	04/03/2023
197,75	22/03/2023	0,00	0,00	3,00	1,00	0,00	282,50	PHARMACIES D	PH	04/03/2023
0,00	22/03/2023	70,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	OFFICINES UROLOGIE	CG	02/03/2023
169,40	22/03/2023	70,00	242,00	1,00	220,00	242,00	252,00	LABORATOIRES D ANALYSES	B	02/03/2023
367,15	Total remboursé مجموع مبلغ التعويض									
367,15	Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي									

omission

ما عدا خطأ أو نسيان

tions :
re site Web
surés

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/

للمزيد من المعلومات:
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

4/3/2023

Sitanyfid

170,00
+
97,90

Of: ke - 200mg

1 cp x 2 / j pda 10j

14,60 2 / Doliprane 1g

282,50 1 cp x 3 / j Sitanyfid

PHARMACE D'AVANCE
Sofia KHALAD
Docteur en Pharmacie
88, N°1 Rue 13 El Witek I
Oudj - Casa - Tél.: 022.90.14.24

Pr. BAHJI Reda
Urologie-Transurologie

Doliprane® 1000 mg 
PARACÉTAMOL
8 comprimés effervescent séables

6 118000 040361

Ofiken® 200 mg 
Céfixime
Boîte de 3 comprimés pelliculés

6 118000 022336

OFIKEN® 200 mg 
Céfixime
Boîte de 16 comprimés

6 118000 022343

