

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

M22- 0052336

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00543

Société : AD1732

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KHALIFI Ned

Date de naissance : 01-01-1943

Adresse : Jardin de Californie Bd de FES App C19
CASABLANCA

Tél : 066054557

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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Soukemi

تعليمات يجب إتباعها

Établir une feuille de soins par personne et par vénément.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

es risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la NSS est subordonnée au respect des conditions élémentaires et de ce qui précède.

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
المشترقة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية 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 (60يوما) 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 الوطنى للضمان الاجتماعى .

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية
غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.


حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره

[illegible]

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	مرض Entente préalable *	ورقة الdie تنفيذ écutéon *	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. - 610-1-02 مرجع رقم
N° Dossier :		خاص بالمؤمن له (لها)	
Partie réservée à l'assuré(e)		الاسم العائلي والشخصي :	
Nom et prénom : ANDALOU		رقم التسجيل :	
N° Immatriculation : 118611		رقم بطاقة التعريف الوطنية : 11111111	
N° CIN : E88945		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'a		Enfant <input type="checkbox"/> ابن	
Conjoint <input type="checkbox"/>		العنوان : App C/19 CASABLANCA	
Adresse : Jardins de Californie		Dhs 30	
Montant des frais :		مبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج	
Bénéficiaire de soins		المستفيد من العلاجات	
Nom et prénom : ANDA		الاسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance :		تاريخ الازدياد :	
N° CIN :		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe : M <input checked="" type="checkbox"/>		الجنس :	
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدالي والرقم المشخص	
INP : 0911309		الرقم الوطني الاستدالي والرقم المشخص	
Médecin traitant		الطبيب المعالج	
Type de soins*		نوع العلاجات*	
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء		Accident <input type="checkbox"/> حادث	
Maternité <input type="checkbox"/> أمومة		Maladie <input type="checkbox"/> مرض	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	
Fait à :		Je déclare les informations ci-dessus	
Le :		سincères et véritables.	
توقيع المؤمن له		توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية	
Signature de l'assuré(e)		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

* ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé / des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاكر الدار البيضاء - 2186 CNSS Place de DAKAR Casablanca BP. 2186 C. de la Gare Téléphone : 080 203 3333

 المجلس الاجتماعي CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري		مديرية التأمين الصحي الإجباري
	Relevé périodique des prestations AMO		Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Ref : 610 2-06
Emis à : CASABLANCA Le : 07/08/2023		أصدر ب : تاريخ :	الصفحة : 1 / 1
N° d'immatriculation : 186172518 Règlements de la période : du : 07/08/2023 au : 07/08/2023		Destinataire : ANDALOUSSI LATIFA	

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 استقدمتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصفة	مبلغ المصاريف	التعريفة المرجعية	العملاء	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداة	مبلغ التعويض
Numero 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
ANDALOUSSI LATIFA											
126488698	19/07/2023	CSC	CARDIOLOGIE	400.00	250.00	1.00	1.00	250.00	70.00	07/08/2023	175.00
126488698	19/07/2023	PH	PHARMACIES D	1443.00	0.00	1.00	16.00	0.00	0.00	07/08/2023	481.74
126488699	27/07/2023	PH	OFFICINES PHARMACIES D	72.80	0.00	1.00	3.00	0.00	0.00	07/08/2023	0.00
126488699	27/07/2023	CS	OFFICINES OPHTHALMOLOGIE	300.00	150.00	1.00	1.00	150.00	70.00	07/08/2023	105.00
Total remboursé											761.74
Total général remboursé											761.74

- 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	للتزود من المعلومات: يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم أو تطبيق الهاتف أو الاتصال بالمشغول الآلي على الرقم أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام
www.cnss.ma www.cnss.ma/Portail/ « Ma CNSS » 080 20 30 100 080 203 3333 / 080 200 7200	0522 54 86 73 فاكس : 0522 54 86 07 الهاتف : 0522 54 86 73 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية
خريج كلية الطب بباريس
فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient

Handwritten signature

Casablanca, le

19 JUIN 2023

Traitement de
Trois (03) Mois

3x72,00 Detensiel to S.V

Traitement de
Trois (03) Mois

3x100,70 1 y le matin
TRUBOCOT

Traitement de
Trois (03) Mois

5x180,42 1/2 0 - 1
CANOR

Traitement de
Trois (03) Mois

2x36,70 1 y le soir
Ankiol 6x

6x124,70 1/2 y le soir
AFlou cor 1 S.V

356. زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أكادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maani (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 26 13 36 - 06 65 13 36 - Tél./ Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence: 06 65 14 69 96

CN55: 2700608 - IF: 41802254 - ICE: 001755076000067 - IPN: 091130922

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

ANXIOL® 6 mg
30 comprimés quadrisécables

6 118000 081111

ANXIOL® 6 mg
30 comprimés quadrisécables

6 118000 081111

Tambocor® 100 mg
30 comprimés sécables

6 118000 280675

Tambocor® 100 mg
30 comprimés sécables

6 118000 280675

Tambocor® 100 mg
30 comprimés sécables

6 118000 280675

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés

6 118000 082217

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés

6 118000 082217

daflon® 500 mg
30 comprimés pelliculés

6 118000 100041

daflon® 500 mg
30 comprimés pelliculés

6 118000 100041

daflon® 500 mg
30 comprimés pelliculés

6 118000 100041

daflon® 500 mg
30 comprimés pelliculés

6 118000 100041

daflon® 500 mg
30 comprimés pelliculés

6 118000 100041

daflon® 500 mg
30 comprimés pelliculés

6 118000 100041

ANDALOUSSI, LATIFA

ID:

D-naiss:

0ans,

19-Jul-2023 11:15:55

RYTHME SINUSAL

ECG NORMAL

Non confirmé

Fréq.Card: 68 BPM

Int PR: 207 ms

Dur.QRS: 109 ms

QT/QTc: 401 / 418 ms

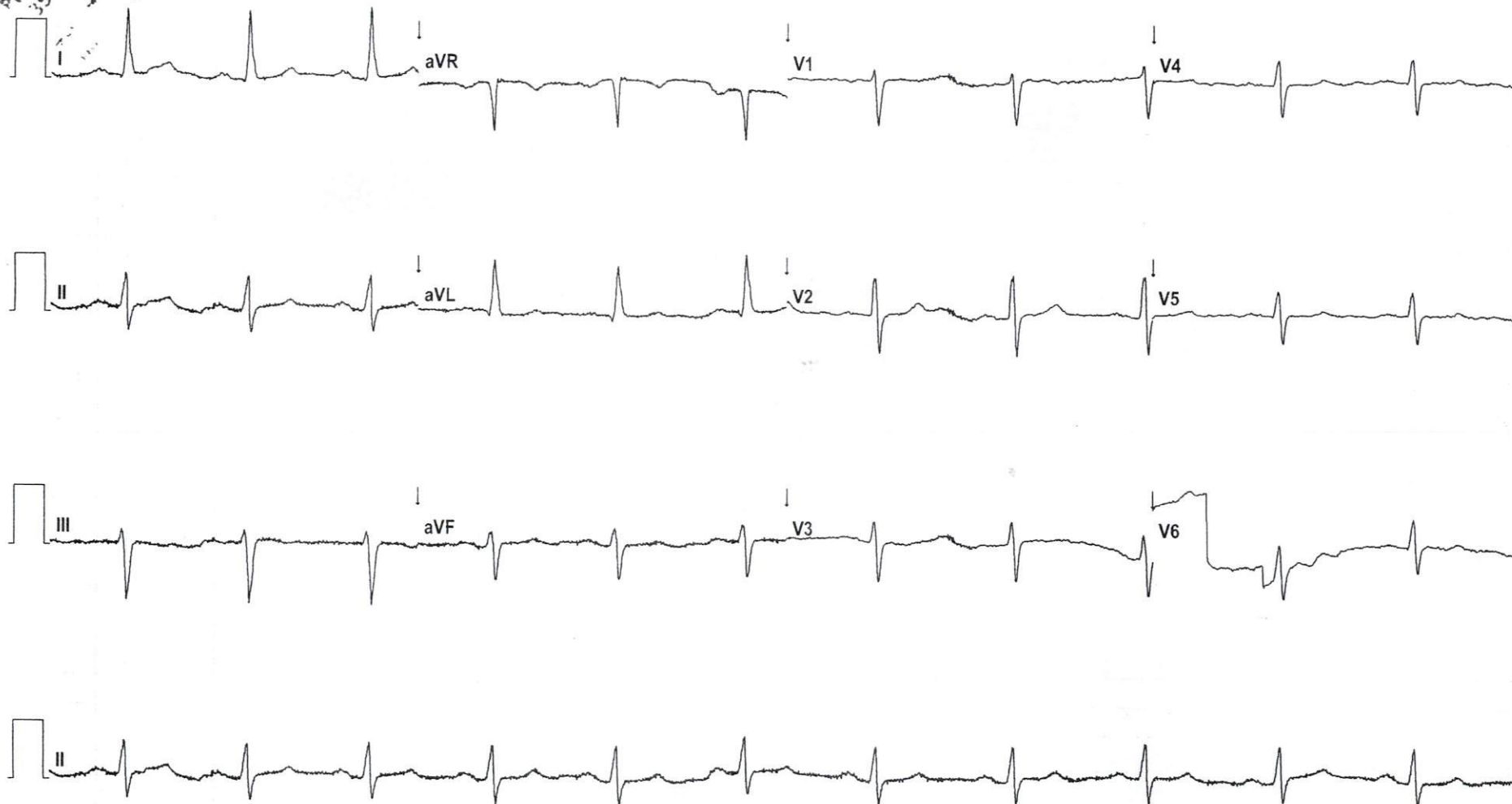
Axes P-R-T: 38 -18 20

Moy RR: 876 ms

QTcB: 428 ms

QTcF: 419 ms

Dr. Saad Bouallal
Professeur de Cardiologie
356, rue Mostah El Maani
CASA BLANCA
22 26 13 26



Site Zero

Site # 0 App.# 0 ELI Link 4.11.6.0 Séquence # 49624 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz