

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

M23- N° 0040405

☐ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7780 Société : MUPRAS
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 194963
Nom & Prénom : KANA Nave Nave ESSRAA Nohar
Date de naissance : 13/05/1970
Adresse : Skelliat 201 81 rue 17 Case H H
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

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



Instructions à suivre

Établir une feuille de soins par personne et par venement.
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.

Les 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 CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Instructions à suivre

Préparer une feuille de soins par personne et par venement.
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.


Les 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 CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

 الضمان الاجتماعي الجمهورية التونسية CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-02 RÉF. ANAM : 1.2.01.01
موافقة مسبقة* Entente préalable*	تنفيذ* Exécution*	
N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)		
Nom et prénom : KANA MERIEM الاسم العائلي والمخصصي :		
N° Immatriculation : 110794049 رقم التسجيل :		
N° CIN : 110794049 رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)*		
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>		
Adresse : 602,60 Dhs. العنوان :		
Montant des frais : 602,60 Dhs. مبلغ المصاريف :		
Nombre de pièces jointes : 06 عدد الوثائق المرفقة :		
Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج		
Bénéficiaire de soins : KANA MERIEM المستفيد من العلاجات		
Nom et prénom : KANA MERIEM الاسم العائلي والمخصصي :		
Date de naissance : 13/05/1970 تاريخ الميلاد :		
N° CIN : 110794049 رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
Sexe* : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى الجنس :		
INPE et code à Barres** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**		
Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins* نوع العلاجات*		
Hospitalisation <input type="checkbox"/> إستشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/>		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصدق كل ما ذكر أعلاه		
Fait à : 17/01/2024 ب :		
Le : 17/01/2024 في :		
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية توقيع وطابع المؤسسة العلاجية		
Cachet et signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins Cachet et signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins		

* À cocher la mention utile pour chaque case
** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres
الضمان الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص - ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333


Description des actes effectués				وصف العمليات المجرّاة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
17/11/24	6		302,60		
IPE et code à Barres 019121515065					
IPE et code à Barres 1111111111					

CIM - 10


Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العملية Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP	عدد العمليات Nombre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
IPE et code à Barres 1111111111						
IPE et code à Barres 1111111111						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Biologiste	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé			
INPE et code à Barres 1111111111						
INPE et code à Barres 1111111111						

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوترة Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
17/11/2024	302,60	
INPE et code à Barres 019121515065		
INPE et code à Barres 1111111111		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

 <p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S.</p>	<p>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Relevé périodique des prestations AMO</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم : 610-2-06</p>
	<p>Emis à : CASABLANCA</p> <p>Le : 26/01/2024</p>	<p>أصدر ب : بتاريخ :</p>	<p>Page 1 / 1</p> <p>الصفحة</p>
<p>N° d'immatriculation 110794049</p> <p>Règlements de la période</p> <p>du : 26/01/2024 : من</p> <p>au : 26/01/2024 : إلى</p>	<p>رقم التسجيل</p> <p>أناءات الفترة</p>	<p>المرسل إليه</p> <p>Destinataire KANA MARIEM</p>	

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 استغفتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأراء	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
KANA MARIEM											
134235172	17/01/2024	PH	PHARMACIES D	302,60	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	26/01/2024	107,24
134235172	17/01/2024	CS	OFFICINES TRAUMATOLOGIE ORTHOPEIDIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	26/01/2024	105,00
Total remboursé											
Total général remboursé											212,24
- Sauf erreur ou omission											212,24

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

دار المؤمن - ساحة داکار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف 0522 54 86 07 : فاكس: 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

Assermenté Aupres des Tribunaux
membre de S.I.C.O.T
Bd. de la résistance - Résidence Casa 1
2ème Etage Appartement N° 204 - Casablanca
Tél. : 05 22 44 93 39



Casablanca, le

14/01/24

الدار البيضاء، في

الدكتور عبد الرفيق بن عبد
طبيب جراح في العظام و المفا
محلف لدى المحاكم بالدار البيضا
عضو في المنظمة العالمية للجراح

شارع المقاومة إقامة البيضاء 1
الطابق الثاني، شقة رقم 204 - الدار البيضاء.
الهاتف : 05 22 44 93 39

KANA MERIEM

26,80 x 02



153,60 ARIZI B 90

PHARMACIE AL HAKIM CASABLANCA
SARL AU
DOCTEUR BOUCHRA ALAOUI
100 Rue Abdelhak Lot. Sekellia
Oujda Cas - Tél: 0522 90 71 60

ARIZI RELAS

149,00 9 14



ARTINOX

2 gel 2 x 1/2 x 60

EL SEC 30

2 gel 2 x 50 x 15

302,60

Docteur BERNARDENBI
TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDISTE
Bd. de la Résistance - Résidence Casa 1
2ème Etage Appartement N° 204 - Casablanca
Tél: 0522 44 93 39 - Fax: 0522 44 93 42
IPB : 0910202555