

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'H. 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

Declaration de Maladie

N° W19-535261

90372

Complément dossier ER

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RA

Matricule : 5213 Société : RA

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : SADSI ELIDRISSI SAID

Nom & Prénom : SADSI ELIDRISSI SAID

Date de naissance : 20/01/1971

Adresse : 8014 IRL 129 PIRE TADERT
CALIFORNIE CASABLANCA

Tél. : 060057750 Total des frais engagés : \$809,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : ESSIAM TOUTIA

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 : 1 / 11 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

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.

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 المرسلية 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 بطلب 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

الضمان الاجتماعي Fonds de Sécurité Sociale CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	REG-AM : 1.2.01.01
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	مراجعة (م) :	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **ESSLAMI Touria** : **السامي تريا**

N° Immatriculation : **19410637147**

N° CIN : **A11172761**

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

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse : **COOP SOFACA 2, Im. B. App. 2 A. in CHOCHE Casablanca**

Montant des frais : **809,60** Dhs

عدد الوثائق المرفقة : **1**

Declaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : **ESSLAMI Touria**

Date de naissance : **19410637147**

N° CIN : **A11172761**

Sexe : **M** ☐ ذكر ☐ F ☒ أنثى

INPE et code à barres **

Médecin traitant

Etablissement de soins

Type de soins*

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant

Fait à : **Casablanca**

Le : **27/07/2021**

Le : **27/07/2021**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **Casablanca**

Le : **27/07/2021**

Le : **27/07/2021**

Signature de l'assuré(e)

Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent	تاريخ الاستلام : 11/08/2021
تاريخ الإيداع : 11/08/2021	تاريخ الإيداع : 11/08/2021

* 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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء الحظية - الهاتف: 080 203 3333

CNSS_Piece de DAKAR - Casablanca BP 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

[illegible][illegible]

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie							عمليات 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 ou Biologiste
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

Dr. Sanae GUEDDARI

Spécialiste en Rhumatologie
Maladies Osteo-articulaires
Osteoporose - Colonne vertebrale
Faculté de Médecine de Rabat

- Diplôme en Echographie ostéo-articulaire
à la faculté de médecine de Rabat
- Diplôme en polyarthrite et maladies
Systémiques de la faculté de médecine
de Montpellier - France
- Ex-Médecin à l'hôpital El Ayachi Ibn Sina
Rabat



د. سناء كـثـاري

اختصاصية في أمراض
الروماتيزم - المفاصل - آلام الظهر
وهشاشة العظام
بكلية الطب - الرباط

- دبلوم الفحص بالصدى المتخصص
في المفاصل بجامعة الطب بالرباط
- دبلوم في أمراض الروماتيزم
والطب الباطني بجامعة
مونبيلي - فرنسا
- طبيبة سابقة بمستشفى العياشي
ابن سينا - الرباط

13/07/2021

Casablanca ,le : الدار البيضاء، في :

ESSLAMI TOURIA

Lot.: 21A316

Exp.: 01.2024

PPV: 255DH00



6 118001 040858

Lot.: 21A314

Exp.: 01.2024

PPV: 255DH00



6 118001 040858

Alj se 75 mg

Gélule, soir, pendant 3 mois

Feldene fast 20 mg

un cp si douleur



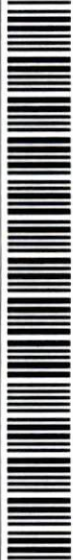
944T4100
08/2024
49DH60

R SANAE GUEDDARI
RHEUMATOLOGUE
Bd, la grande ceinture, Essaâda 302 N° 75
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél: 05 22 62 89 32 - 06 66 70 53 43
E-mail: drgueddari.rhumato@gmail.com

Bd, la grande ceinture, Essaâda 302 N° 75 (En face du laboratoire El Qods) 1er étage, Hay Mohammadi - Casablanca

شارع الحزام الكبير، السعادة 302 الرقم 75 (أمام مختبر القدس) الطابق الأول، الحي المحمدي - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 62 89 32 - 06 66 70 53 43 - البريد الإلكتروني: drgueddari.rhumato@gmail.com

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 210807306868731	Emis à Casablanca le : 	Page : 1
	Identifiant de la famille	تعريف العائلة ESSLAMI TOURIA COOP SOFACA 2 IMM B1 APPT 2 AIN CHOK CASABLANCA 2500	
	N° d'immatriculation : 194063717 Règlement du mois : 08/2021 Mode de paiement : Virement		
Informations :			

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
ESSLAMI TOURIA										
082092717	13/07/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
082092717	13/07/2021	PH	PHARMACIE	559,60	551,70	1,00	1,00	551,70	70	386,19
Total remboursé pour TOURIA										491,19
Total général remboursé										491,19

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان