

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 canaux, 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 canaux.

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.



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

Complément
Déclaration de Maladie

M22- 0050440
152630

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *10597* Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : *Nasri Abdelmejid*

Date de naissance : *04/05/53*

Adresse : *48, Rue Mahato lot 10âmiri Benachid*

Tél : *06 78 51 93 83* 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

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

تعليمات يجب إتباعها

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 المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق اثباتية 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 الوطني للضمان الاجتماعي .

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 ٧

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

	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. ANAM : 12/01/01
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	مرجع رقم 610-1-02	

N° Dossier :

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

Nom et prénom : Sooudi Asmaa : الاسم العائلي والشخصي :
 N° Immatriculation : 199385710 : رقم التسجيل :
 N° CIN : BE 54 694 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : 48, Rue Mwhata Lot Wamiri Berrachid : عنوان :

Montant des frais : 144900 Dhs : مبلغ المصاريف :
 03 : عدد الوثائق المرفقة :

Nombre de pièces jointes :
 Déclaration du médecin traitant : تصريح الطبيب المعالج
 Bénéficiaire de soins : لمستفيد من العلاجات

Nom et prénom : : الاسم العائلي والشخصي :
 Date de naissance : : تاريخ الازدياد :
 N° CIN : : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Sexe : ☐ M ذكر ☒ F أنثى : الجنس :
 INPE et code à barres ** : رقم الوطني الاستدالي و الرقم المسمى :

Médecin traitant : الطبيب المعالج
 Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية

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 :
 Le : : في :

J'ai déclaré les informations ci-dessus sincères et véritables. : صحت بمصدقاتي وصدق المعلومات المذكورة أعلاه
 Fait à : : ب :
 Le : : في :

توقيع المؤمن له :
 Signature de l'assuré(e)

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

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

لصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكاز - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 080 203 3333
CNSS Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone: 080 203 3333

ORDONNANCE

M^{me} = Ahmad . Saoudi
A.  le 19/12/22

Debut de coxarthro

⇒ Joint 12 semaines

de réduction jell


Dr. MELLOUKI Imane
Rhumatisme
Medecin

Cabinet EL Houda de Kinésithérapie
et de rééducation Fonctionnelle

Houda BERHIL

Spécialiste en :

- Rhumatologie
- Traumatologie
- Neurologie
- Pédiatrie



عيادة الهدى للترويض
الطب والعلاج الفزيائي

هدى برحيل

اختصاصية في :

- امراض الروماتيزم والمفاصل
- امراض العضام والكسور
- امراض الجهاز العصبي
- ترويض للأطفال والرضع

78.07
HOUDA BERHIL
Kinésithérapeute
06 00 46 46 49
06 11 58 15 55

Fracture :

Je Souhaite remercier Houda BERHIL
Kinésithérapeute pour son ASSA SAOUDI
fait 72 séances de rééducation
par coxarthrose si
N° de Mon 72 séances

Risq /seus : 720,00 DH

TOTAL :

72.07
HOUDA BERHIL
Kinésithérapeute
06 00 46 46 49
06 11 58 15 55

Hay AL Houda 28 Rue EL Khayzouran BERRECHID

رقم 28 حي الهدى زنقة الخبزات (أمام مدرسة الكرم) برشد

Tél : 0546 13 68 55 - 0611 58 15 55 - Email : houda-berhil@hotmail.com

Nom et Prénom : ASMA SAOUADI
Téléphone : 0667 33 51 24
Adresse : BERRECHID

Heure	Date	Heure	Date
11R	19.12.22	11R	11.01.22
11R	21.12.22	10R	13.01.22
11R	23.12.22	11R	16.01.22
10R	26.12.22		
11R	29.12.22		
11R	30.12.22		
10R	03.01.22		
11R	05.01.22		
11R	09.01.22		

HOUDA BERRIL
00 11 46 49
00 11 46 49
00 11 46 49

عيادة الهدى

للترويض الطبي و العلاج الفيزيائي



Centre ELHOUDA de Kinésithérapie et de Rééducation Fonctionnelle



HOUDA BERHIL - هدى برحيل



06 11 58 15 55 / 05 46 13 68 55



Houda-berhil@hotmail.com



رقم 28 حي الهدى زنقة الخيزران (أمام مدرسة الكرم)
- برشيد

الترويض في : Rééducation en :

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| - Rhumatologie | - أمراض الروماتيزم و المفاصل |
| - Traumatologie | - أمراض العضام و الكسور |
| - Neurologie | - أمراض الجهاز العصبي |
| - Pédiatrie | - ترويض الأطفال و الرضع |
| - Kinésithérapie respiratoire | - أمراض الجهاز التنفسي |
| - Maladie de la colone vertébrale | - أمراض العمود الفقري |
| - Psychoprophylaxie de l'accouchement | - التحضير للولادة |
| - Electrothérapie et ultrasons | - العلاج الكهربائي و الفيزيائي |
| - Massage médical | - التدليك الطبي |
| - Gymnastique médical | - الرياضة الطبية |
| - Rééducation périnéale | - إعادة تأهيل السلس البولي للمرأة |



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 : CASABLANCA
Le : 14/02/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

الصفحة Page 1 / 1

N° d'immatriculation 199385710 رقم التسجيل
Règlements de la période : من : 08/02/2023 : إلى : 08/02/2023
أداءات الفترة

المُرسل إليه Destinataire

SAOUDI ASMAA

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 استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية 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
SAOUDI ASMAA											
114139675	19/12/2022	AMK	RHUMATOLOGIE	1440,00	50,00	1.00	12,00	600,00	70,00	08/02/2023	420,00
Total remboursé										مجموع مبلغ التعويض	420,00
Total général remboursé										مبلغ التعويض الاجمالي	420,00

- 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 للضمان على الأرقام