

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge. Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Le bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
HOSPITALISATION EN VENTORIUM  
SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
des répétés en plusieurs séances ou actes  
aux comportant un ou plusieurs échelons  
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 693196

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : JAVAT LATIFA  
Matricule : 1324 Fonction : RETRAITEE Poste :  
Adresse : 9, RUE MOISS ALAKBAR TOUR HASSAN LABA  
Tél. : 0661 133636 Signature Adhérent : [Signature]

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BENNAI KHEIM SAID Age 30 0 0 6 5 1  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie :  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A ..... le ..... / ..... / .....  
Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois



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, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

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

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

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.

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 مريض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

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 التعريفة الوطنية المرجعية.

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 طبقا للمساطر القانونية.

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

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

الضمان الاجتماعي CNSS	موافقة مسبقة* Entente préalable*	تنفيذ* Exécution*	Ref: 6
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ها)			
Nom et prénom : BENNANI-KARIM SAID	N° Immatriculation : 172481614	N° de la carte d'Identité Nationale : A204166	المؤمن له (ها)* هو نفسه <input type="checkbox"/> Lui même <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Conjoint
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*			
Adresse : 9, RUE IDRISS AL ARBAZ - TONK MASSIN - 12 APOG			
Montant des frais : 181500 د.م.			
Nombre de pièces jointes : .....			
تصريح الطبيب المعالج Déclaration du Médecin traitant			
Bénéficiaire de soins			
Nom et prénom : BENNANI-KARIM SAID			
Date de naissance : 30/06/1951			
N° de la carte d'Identité Nationale : A204166			
Sexe* : <input checked="" type="checkbox"/> ذكر M <input type="checkbox"/> أنثى F			
تعريف الطبيب المعالج Identification du Médecin traitant			
N° INP : 102041/188			
Type de soins			
Admission ALD* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
N° dossier ALD : .....			
Code ALD : .....			
Soins ambulatoires* <input type="checkbox"/>	علاجات خارجية* <input type="checkbox"/>	Pli confidentiel remis* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	استشفاء* <input type="checkbox"/>	Date d'hospitalisation : .....	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		Je déclare les informations ci-dessus sincères.	
Fait à : 20/06/2019		Fait à : 18/06/2019	
Le : 20/06/2019		Le : 18/06/2019	
توقيع المؤمن له (ها) Signature de l'assuré(e)		توقيع الطبيب المعالج Cachet et Signature du Médecin traitant	
Date de dépôt du dossier : .....		Date d'arrivée : .....	
Identification de l'agent : .....		Date de dépôt du dossier : .....	







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 : 01/08/2019

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 172181614  
Règlements de la période  
du : 01/07/2019 : من  
au : 31/07/2019 : إلى

رقم التسجيل  
أداءات الفترة

Destinataire

BENNANI KARIM SAID  
9 RUE IDRIS AL AKBAR APPT 6 2EME ETAGE  
TOUR HASSAN 10020 RABAT-MAROC

المرسل إليه

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 الاداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coef.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
BENNANI KARIM SAID											
62181516	18/06/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1.0	1,00	150,00	90,00	16/07/2019	135,00
62181516	18/06/2019	PH	PHARMACIE	1117,20	1117,20	1.0	1,00	1117,20	90,00	16/07/2019	1005,48
62181516	18/06/2019	PHN	PHARMACIE	398,40	50,60	1.0	1,00	50,60	0,00	16/07/2019	0,00
Total remboursé											1140,48
Total général remboursé											1140,48

- 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](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://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

DR. IBNATTYA -Andalousi Jawad  
Cardiologue  
Rue Annaba .Place Piétri  
Rabat  
TEL : Cab : 0537/73.15.52  
Port : 06/61.13.24.15

Rabat le : 18/6 / 2019

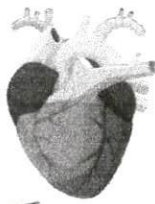
Note d'honoraire de M<sup>r</sup> Bennani Kouim Said

La somme de :

300dhs pour consultation cardiologique et ECG(C2+K18)

Dr. IBNATTYA A. Jawad  
10, Zenkai... - Rabat  
Tél : 0537.73.15.52 GSM : 0661.13.24.15





Dr. Benani Kamel

Rabat, le 18.6.2019

208,00  
- 16 Coveram 5/5 - 6 kg  
1 kg x 2 / 1 - 3

2170  
- 10 Aspiric 250 : 10 kg  
1 kg x 2 / 1 - 3

- Benca : 1 kg 10 kg  
1 kg x 2 / 1 - 3

5060  
- Princi B 1 kg  
1 kg x 2 / 1 - 3

PHARMACIE BEN OMAR  
12, rue du Chellah - Marrakech  
Tél : 05 37 76 09 33

Dr. IBNATTYA. A. Jawad  
CARDIOLOGUE  
10, Rue Annaba, Place Pietri - Rabat  
Fix: 0537 73 16 52 - GSM: 0661 13 24 15

10, Zenkat Annaba (près de la place pietri) Rabat - زنقة عنابة (ساحة بترى) الرباط

Cab. : 05 37 73 15 52 : ع - GSM : 06 61 13 24 15 : ن - Dom. : 05 37 75 80 38 : م

