

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

Déclaration de Maladie

N° W19-510257

Complément

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **22855**

Matricule : **4723** Société : **RAM**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : **Retraite**

Nom & Prénom : **Belouar Mohamed**

Date de naissance : **21/01/1916**

Adresse : **No passage el Farabi hay Yasmine a Berrechid**

Tél. : **066180298** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **27/02/2020**

Nom et prénom du malade : **Belouar Mohamed** Age : **102**

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 : **Berrechid** Le : **27/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

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 الانبائية 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 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 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:

		ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. ANAM : 1.20101
موافقة مسبقة * Entente préalable *		تنفيذ * Exécution *		مرجع رقم 610-1-02	
N° Dossier : 06-65-01-88-15					
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)					
الاسم العائلي والشخصي : زين الدين سحرية Nom et prénom :					
رقم التسجيل : 11559489301 N° Immatriculation :					
رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1814181408161 N° CIN :					
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن					
العنوان : Adresse :					
مبلغ المصاريف : Montant des frais : 579,30 Dhs					
عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes :					
تصريح الطبيب المعالج Déclaration du médecin traitant					
Bénéficiaire de soins الاسم العائلي والشخصي : زين الدين سحرية Nom et prénom :					
تاريخ الأزيد : Date de naissance :					
رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN :					
الجنس : Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى					
الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر ** INPE et code à barres **					
Médecin traitant الطبيب المعالج			Etablissement de soins المؤسسة العلاجية		
نوع العلاجات Type de soins *					
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء Maternité <input type="checkbox"/> أمومة Accident <input type="checkbox"/> حادثة 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 : Le :			Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Fait à : Le :		
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)			توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		
* Cocher la mention utile pour chaque case ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des établissements de soins) ainsi que le code à barres					

Docteur Youssef MOHI

Psychiatre-Psychothérapeute

Ex-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Berrechid

Consultation sur rendez-vous

الدكتور يوسف موحي

أخصائي في الطب النفسي و العلاج النفسي

المدير السابق بمستشفى الأمراض العقلية ببرشيد

بالموعد



L.N.P.: 061 01 19 53



061 01 19 53

ORDONNANCE

10 JAN. 2020

Nom:

ZINEDDINE SATIA

le 10 / 1 / 20

98.3 → 88 JAN 2020
14:05 22 53
HAY YASMINE
77 RUE IBRAHIM
PHARMACIE YASMINE

Abi → Duro PHI 30



21 → 88 JAN 2020
14:05 22 53
HAY YASMINE
77 RUE IBRAHIM
PHARMACIE YASMINE

21 → 88 JAN 2020
14:05 22 53
HAY YASMINE
77 RUE IBRAHIM
PHARMACIE YASMINE

279/30

Ly. (03) This Service

Dr. Youssef MOHI
Psychiatre - Psychothérapeute
15, Bd. Mohamed V Lot 1 Your 1
1er Etage 26100 Berrechid
Tel. 0562 33 66 11 Gsm 0662 47 15 92

Athymil® 30 mg ○
Comprimés pelliculés
sécables



Librax® 5 / 2,5 mg ⊗

30 comprimés dragéifiés



DULOPHI® 30 mg ○
30 Gélules



	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الإجتماعي t0lX08t t0l0C8t C N S S	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 200292658019585	Emis à Casablanca le : 11/02/2020	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 165948930 Règlement du mois : 02/2020 Mode de paiement : Virement	ZINEDDINE SAMIRA 10 RUE EL FARABI YASSMINA BERRECHID 2610	
	Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
ZINEDDINE SAMIRA										
068102034	10/01/2020	CNP	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	60,00	1,00	1,00	60,00	70	42,00
068102034	10/01/2020	PH	PHARMACIE	258,30	258,30	1,00	1,00	258,30	70	180,81
068102034	10/01/2020	PHN	PHARMACIE	21,00	21,00	1,00	1,00	21,00	00	0,00
068102035	23/01/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
068102035	23/01/2020	B	BIOLOGIE	430,00	1,10	530,00	1,00	583,00	70	301,00
068102035	23/01/2020	PH	PHARMACIE	152,70	152,70	1,00	1,00	152,70	70	106,89
Total remboursé pour SAMIRA										735,70
Total général remboursé										735,70

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Date : jeudi 30 janvier 2020 التاريخ:
Heure : 14 h 48 UTC الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

ZINEDDINE SAMIRA
10 RUE EL FARABI YASSMINA
26100
BERRECHID



68102034

N° CNSS	165948930	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	BE484086	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	579.3 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	4 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	ZINEDDINE SAMIRA	المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي،

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي

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 ألو الضمان على الأرقام

الهاتف 05 22 41 81 38
فاكس 05 22-33-62-07
البلد Ville
المدينة Bd Mohamed V, 14 et 15 lot
Al Youss

العنوان
Adresse
BERCHID

وكالة
Agence