

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.

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

N° W19-440269

COMPLEMENT

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 702

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MAROURI Diloud

Date de naissance : 01-01-48

Adresse : 51, Rue HASSANE II

Tél. : 0662 243603

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KOURI Khadija

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

تعليمات يجب إتباعها

une feuille de soins par personne et par
ment.
ille de soins doit être accompagnée de toutes
ces justificatives originales (ordonnances
ales, factures...).

m et prénom de la personne soignée
it être portés par les praticiens eux mêmes
aque feuille de soins.

ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

ille de soins ainsi que les pièces
atives doivent être présentées à la CNSS
s deux mois qui suivent le premier acte
al, sauf s'il y a un traitement médical
1. Dans ce dernier cas, le dossier doit être
té dans les soixante (60) jours qui suivent
lu traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de l'ice.

Les prestations ne peuvent donner lieu au versement que suite à un accord préalable. Une de ces dernières est disponible auprès de votre réseau CNSS.

sques liés aux accidents du travail et les professionnelles ne sont pas couverts.

personne coupable de fraude ou de fausse
ation pour obtenir des prestations qui ne
s dues, est passible des sanctions légales
ementaires.

gation de remboursement prise par la
est subordonnée au respect des conditions
entaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل 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 و الوثائق 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 يظل (هنا طاب) المرافقة المرفقة
لائحة هذه الخدمات سوفه 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 التعريض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

<p>توقيع و طابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>تاريخ الإيداع : </p> <p>de dépôt du dossier : </p>	<p>تاريخ الاستلام : </p> <p>Date d'arrivée : </p>

 الضمان الاجتماعي CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	مرجع رقم 610-1-03
N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (ها)
Nom et prénom : KOUIRI Khadija		الاسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : 165014319		رقم التسجيل :
N° CIN : B348175		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input type="checkbox"/> ابن
Adresse : 51, Rue HASSANE HY ELHANA- CASA		العنوان :
Montant des frais : 490000 Dhs.		مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 2		عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du Médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج
Bénéficiaire de soins		المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : KOUIRI Khadija		الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : 13/10/1954		تاريخ الميلاد :
N° CIN : B348175		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى		الجنس* :
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدلائي و الرقم المشفر**
Médecin traitant : 131401688		Etablissement de soins :
الطبيب المعالج :		المؤسسة العلاجية :
Type de soins		نوع العلاجات
Admission ALD* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		قبول المرض المزمن* :
N° dossier ALD :		رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD :		رمز المرض المزمن :
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض		Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
Fait à :		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables :
Le : 17-10-1954		Fait à :
توقيع المؤمن له		Le : 10/11/2014
Signature de l'assuré (e)		توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Documents fournis
PHOTOCOPIES

- 1) Décompte CNSS AH 190,58
- 2) Feuille de soins
CNSS recto-verso
- 3) Attestation de
Abdelhak Bouchta
- 4) Facture Direct Optic

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الإجتماعي التأمين الإجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06
	Référence structurée : 200394091161075	Emis à Casablanca le : 31/03/2020	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 165014319 Règlement du mois : 03/2020 Mode de paiement : Virement	KOUIRI KHADIJA 51 RUE HASSAN HAY EL HANA CASABLANCA 2021	
	Informations : معلومات :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنو 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
KOUIRI KHADIJA										
063991299	03/02/2020	K	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	247,50	1,00	1,00	247,50	77	190,58
063991299	03/02/2020	VER	PHARMACIE	2 600,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	0,00
063991299	03/02/2020	MON	PHARMACIE	2 000,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	0,00
Total remboursé pour KHADIJA										190,58
Total général remboursé										190,58

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

7

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

OPHTHALMOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT - LASER - ANGIOGRAPHIE

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

70, Rue Allal Ben Abdellah - 1er Etage - Casablanca

Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب الحول - عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوجرافي

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70, زقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca, le في الدار البيضاء

KOUIRI EP"EL MAROURI Khadija 2485/05

Casablanca, le lundi 3 février 2020

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS Organiques

unif

Oeil Droit : $(0^\circ -0,50) + 1,75$, Addition + 3,00

Oeil Gauche : $(0^\circ -0,50) + 2,00$, Addition + 3,00

ECT OPTIC S.A.R.L.
Opticien
70, Rue Allal Ben Abdellah
1er Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Dr. Abdelhak BOUCHTA
Ophtalmologiste
70, Rue Allal Ben Abdellah
1er Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Direct optic

Casablanca Le : 09/03/ 2020

Client : M^R KOUIRI EP
"EL MAROURI" KHADIJA

FACTURE N° 01388

Désignation	Quantité	Montant TTC
Monture optique	1	600.00
2 verres progressifs antireflet	2	4000.00

DIRECT

TOTAL TTC

4600.00

DONT TVA (20%)

767.00

31, Bd Sidi Abderrahmane, près de la Clinique Yasmine, Hay Hassani, Casablanca

Tél : 05 22 36 62 44 - Site : www.directoptic.ma

Patente : 34891234 - I.F : 14408766 - ICE : 0000058600032