

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.

Biologie 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 canalaires, 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 canalaires.

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° P19- 058979

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00011 Société : 46326

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. M. MOUCHT, Ouan S. S

Date de naissance : 06/06/48

Adresse : H. L. L. L.

Tél. : 066741603 Total des frais engagés : 122,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : A. R. K. S. M. O. S. S. Age : 3

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 : CASABLANCA

Le : 06/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Instructions à suivre

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.

تعليمات يجب إتباعها

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 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 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 للمسطور 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 :

<p>الضمان الاجتماعي NJOSS - CNSS Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Ref: ANAM : 12/01/01
	موافقة مسبقة Entente préalable *	تنفيذ Exécution *	مرجع رقم 610-1-02 Réf. - 610-1-02	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : ARRAS Nouredine

رقم التسجيل : 117121212121212121

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 117121212121212121

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse : RESD. FATIMA ZAHRAZ Rue des Roses Angle BD OTHMAN EL KHAYAM HAY RAHA CASA.

Montant des frais : 1227.90 Dhs

Nombre de pièces jointes : 4

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe : M ☐ ذكر ☐ F ☐ أنثى ☐

INPE et code à barres :

الرقم الوطني الاستدالي والرقم المشفر :

Médecin traitant

Etablissement de soins

Type de soins :

Hospitalisation ☐ Maternité ☐ Accident ☐ Maladie ☐

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

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le :

Signature de l'assuré(e)

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case
* Accoler l'étiquette portant l'INPS (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داکر - الدار البيضاء من ب. 2186 الدار البيضاء الحظرة - الهاتف: 080 203 3333
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP. 2186 Case Gare Téléphone : 080 203 3333

Description des actes effectués					وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant		
05/10/2020		C	12	<p>DOCTEUR FAOUZA DAUDI</p> <p>Résidence ALMI B - 2 Bis</p> <p>Rue Abdelouah Natil Maarif</p> <p>Casablanca - Tél: 0522 98 76 71</p> <p>Gsm: 06 61 41 92 14</p>		
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين		
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical		
					<p>PHARMACIE ALWOURD</p> <p>67, Rue des Rois, Casablanca</p> <p>Masjid Annour - Tél: 0522 36 84 30</p> <p>0522 36 84 30</p>		
INPE et code à Barres							
INPE et code à Barres							

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

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						

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
05/10/2020	1227,90	<p>PHARMACIE ALWOURD</p> <p>67, Rue des Rois, Casablanca</p> <p>Masjid Annour - Tél: 0522 36 84 30</p> <p>0522 36 84 30</p>	INPE et code à Barres	
INPE : 092009513				
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

LOT : 19E003V
PER.: 04 2022
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V.: 98DH00
118000 062257

LOT : 19E003V
PER.: 04 2022
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V.: 98DH00
118000 062257

LOT : 19E003V
PER.: 04 2022
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V.: 98DH00
118000 062257

LOT : 19E002V
PER.: 03 2022
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V.: 98DH00
118000 062257

LOT : 19E002V
PER.: 03 2022
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V.: 98DH00
118000 062257

LOT : 19E003V
PER.: 04 2022
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V.: 98DH00
118000 062257

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
APROVASC 300mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 185,60 DH
118001 082049

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
APROVASC 300mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 185,60 DH
118001 082049

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
APROVASC 300mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 185,60 DH
118001 082049

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
Bayer S.A.
P.P.V. : 27,70 DH
118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
Bayer S.A.
P.P.V. : 27,70 DH
118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
Bayer S.A.
P.P.V. : 27,70 DH
118001 090280

Docteur Faouzia DAOUDI

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine de Marseille

MÉDECINE GÉNÉRALE
PSYCHOTHÉRAPIE (SUR RDV)
SEXOLOGIE - ADDICTOLOGIE
DIABÉTOLOGIE
DIÉTÉTIQUE
HOMÉOPATHIE
MEDECINE DU TRAVAIL
MALADIES TROPICALES
ECHOGRAPHIE CLINIQUE



الدكتورة فوزية الداودي

خريجة كلية الطب بمرسيليا

الطب العام
الطب النفسي (بالموعد)
الطب الجنسي - الإدمان
داء السكري
الحمية والتغذية
الطب الطبيعي
طب الشغل
أمراض المناطق المدارية
الفحص بالصدى

Casablanca, le 05/10/2020

Auras noureddin

2770 K3

1) Cardivas 100r

185,64 K3

1 cp'd

2) Aponox 300mg/5r

1 cp'd

3) Tamoxifène 20mg

98,22 K6 = 588,00

1 cp'm

LP 0,4r

1227,90

3 mas

DOCTEUR FAOUZIA DAOUDI
Résidence ALMI B - 2 Bis
Abou Abdellah Nafii Maârif
Tél: 05 22 98 76 71 - 05 22 25 25 82

PHARMACIE AL WOURD
67, Rue des Roses A Core de
Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 98 76 71 - 05 22 25 25 82

Résidence Almi B (à proximité de la Résidence Benomar) - 2. Bis Abou Abdellah Nafii - Maârif - Casablanca
Tél.: 05 22 98 76 71- 05 22 25 25 82 - E-mail: faouziadaoudi@gmail.com - En cas d'urgence : 06 61 41 92 71

	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 : 201099517141867	Emis à Casablanca le : 27/10/2020	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 173353212 Règlement du mois : 10/2020 Mode de paiement : Virement	ARRAS NOUREDDINE RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD AMAR EL KHAYAM CASABLANCA 2020	
	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
ARRAS NOUREDDINE										
067452148	05/10/2020	CG	MEDECIN GENERALISTE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
067452148	05/10/2020	PH	PHARMACIE	1 227,90	1 227,90	1,00	1,00	1 227,90	70	859,53
Total remboursé pour NOUREDDINE										859,53
Total général remboursé										859,53

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان