

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

- 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



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

Section de Maladie

N° W19-580425

48561

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1497 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MIRASS Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0699900310 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complémentaire

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : RELOUNA 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) :

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 s'il y a 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 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.

طريقة يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (رسائل طبية، فواتير،...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق أو لني 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. لاحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

قال من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

<p>توقيع رئيس الوكالة</p> <p>Genet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réserve à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent</p> <p>Date de dépôt du dossier</p>	<p>Date d'arrivée</p>

<p>الأمين الاجتماعي AMANI JACOB CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p> <p>مراقبة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم: P44. 810-1-02</p>	<p>Réf. ANAM 1.20.01</p>
---	---	---	--------------------------

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي: **REHOUMA Mohamed**

رقم التسجيل: **15893/12**

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **61-3768313**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

العنوان: **Av. Mohammed AL FASS Residence AL QODS n° 19 - Sousse TUNISIE**

Montant des frais : **318,60** Dhs

عدد الوثائق المرفقة : **3**

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي: **Rehouma Mohamed**

تاريخ الميلاد: **14/09/1960**

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **61-3768313**

الجنس: **F** أنثى

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشار **

INPE et code à barres

Medecin traitant

Etablissement de soins

نوع العلاجات *

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☒ مرض

Je jure sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.


Signature du bénéficiaire (e)

Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque cas

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


الضمان الوطني الاجتماعي - مصلحة التأمين من 2186 ادار الهيداء المسجلة - الهاتف 050 203 3333 CNSS - PNE de TUNIS - Casablanca BP 2186 - Casablanca Téléphone : 050 203 3337

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	
		C	G		
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات الممارسين 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	
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 و التجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
19/12/2022	318,67			
INPE et code à Barres				
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



مصحة الأطلس - فاس

Polyclinique Atlas - Fès



ORDONNANCE

Docteur :

Fès, le 19/02/2022

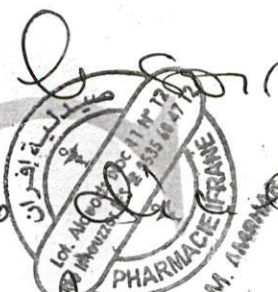
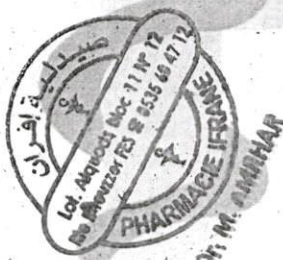
Rouaned

159.30x

Flotal



318.60



x 20079

FLOTRAL® 10 mg ○
30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



FLOTRAL® 10 mg ○
30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



Urgences : 24h/24h

Boulevard Moulay Rachid - Fès

Tél : 05 35 64 01 23/24 - 05 35 64 46 97

Fax : 05 35 96 04 15 - 05 35 64 79 69 / Gsm : 06 61 46 02 89

E-mail : polycliniqueatlas88@gmail.com - Site Web : www.polyclinique-atlas.com

ICE : 001915534000012

RELEVÉ DES PRESTATIONS
AMO

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 200393484176707

Emis à Casablanca le : 03/03/2020

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

REHOUMA MOHAMED

AV MOHAMMED EL FASSI RTE IMMOUZER RES AL

QODS NR 19 APPT 6

FES 3005

N° d'immatriculation : 159935125

Règlement du mois : 03/2020

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

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 rembour sement	نسبة التعويض Taux de rembour sement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
REHOUMA MOHAMED										
061354387	19/02/2020	CG	ETABLISSEMENT PRIVE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
061354387	19/02/2020	PH	PHARMACIE	318,60	318,60	1,00	1,00	318,60	85	270,81
Total remboursé pour MOHAMED										270,81
Total général remboursé										270,81

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان