

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 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.

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.

M22- 0037437

156297

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0001772

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SELMA RAJAE

RAJAE

Date de naissance : 26 - 9 - 1993

Adresse : 248, B^e YAACOUB LAALOUE SIDI MOHAMED CASABLANCA

Tél. : 06 64 72 42 28

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : CASA

Le : 05/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : SACCNEF

[| suivre](#)

Il de soins par personne et par
soins doit être accompagnée de
pièces justificatives originales
(échéances, factures,).

énom de la personne soignée
tés par les praticiens eux mêmes
e de soins.

ces transmises doivent être
des codes à barres des
étés.

soins ainsi que les pièces doivent être présentées à la CNSS, ois qui suivent le premier acte y a traitement médical continu cas, le dossier doit être présenté (60) jours qui suivent la fin du

ient des frais engagés sera de la tarification nationale de

tions ne peuvent donner lieu au
t que suite à accord préalable.
ernières est disponible auprès de
ISS.

aux accidents du travail et
sionnelles ne sont pas couverts.

oupable de fraude ou de fausse obtention des prestations qui n'est possible des sanctions légales

remboursement prise par la
année au respect des conditions
de ce qui précède.

توقيع وطابع الوك
signature de l'Agence

agent:

دعا: ا

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
(صفات طيبة، فوائير،...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الابتدائية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفية على أساس التعريفة الوطنية
المراجعة

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة
المسنقة

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 للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض	Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري	
الضمان الاجتماعي INSTITUTION CNSS Le devoir de vous protéger	موافقة مسبقة * Entente préalable	تنفيذ * Exécution	Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
		Réf. - 610-1-02	مراجع رقم
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (لها)	
Nom et prénom : <u>SEKICATE RAJAE</u>		الاسم العائلي والشخصي : <u>SEKICATE RAJAE</u>	
N° Immatriculation : <u>111812192111</u>		رقم التسجيل : <u>111812192111</u>	
N° CIN : <u>111812192111</u>		رقم بطاقة التعريف الوطنية : <u>111812192111</u>	
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	
Adresse : <u>248, Bt YACOUB 1er étage 5ème INPC APP-37</u>		العنوان : <u>248, Bt YACOUB 1er étage 5ème INPC APP-37</u>	
Montant des frais : درهم Dhs.		مبلغ المصارييف : Dhs.	
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant			
تصريح الطبيب المعالج			
Bénéficiaire de soins :		المستفيد من العلاجات	
Nom et prénom : <u>SEKICATE RAJAE</u>		الاسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance : <u>11-11-1991</u>		تاریخ الازدياد :	
N° CIN : <u>111812192111</u>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر		F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى	
الجنس :			
INPE et code à Barres **			
Médecin traitant		Etablissement de soins	
الطبيب المعالج		المؤسسة العلاجية	
Type de soins*			
نوع العلاجات*			
Hospitalisation <input type="checkbox"/>		استشفاء <input type="checkbox"/>	
Maternité <input type="checkbox"/>		أمومة <input type="checkbox"/>	
Accident <input type="checkbox"/>		حادثة <input type="checkbox"/>	
Maladie <input type="checkbox"/>		مرض <input type="checkbox"/>	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.			
أشهد بصدقه كل ما ذكر أعلاه			
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.			
Fait à : <u>CDSE</u>		ب : <u>22 NOV. 2022</u>	
Le : <u>11-11-2022</u>		في :	
توقيع المؤمن له			
Signature de l'assuré(e)			
Dr. BENJELLOUN NAJIB SPECIALISTE ORT Marsouf			

- * Cocher la mention utile pour chaque case

- ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé) à l'établissement de santé ainsi que les ardoises à barres

الصندوق الوطني لله趴مان الاجتمعي - 2186 الدار البيضاء - الهاتف: 080 203 3333

وصف العمليات المجرأة					Description des actes effectués
ناريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
22 NOV. 2022			300 DHS		
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM - 10

عمليات المساعدين الطبيين							Actes Paramédicaux
ناريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت 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

أشعة والصور					Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie
نتاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	الأشعة أو الإحيائي Signature et Cache ou Biolog	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نتاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	لبي أو ممون التجهيزات Signature et Cachet du Fournisseurs des dis
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	P

 الصندوق الاجتماعي لتأمين الأشخاص CNSS	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 : 610-2-06
	Emis à : CASABLANCA Le : 02/02/2023	أصدر ب : بتاريخ :
		Page 1 /1
		المرسل إليه
Nº d'immatriculation 192823212 Règlements de la période du : 09/12/2022 : من au : 09/12/2022 : إلى		Destinataire SEKKATE RAJAE

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 الذي استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العنليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعرفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
SEKKATE RAJAE											
81967420	22/11/2022	D361	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	300,00	337,50	15,00	1,00	337,50	70,00	09/12/2022	210,00
Total remboursé											
Total général remboursé											
ما عدا خطأ أو نسيان											

- Sauf erreur ou omission

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 بالمبوب الآلي على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام