

# 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.

## Educations :

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.

## Prothèse :

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.

Le 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

Information : contact@mupras.com  
Personne en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



ND: 32811

## Déclaration de Maladie : N° P19-0019334

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4296 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HANOUAR Date de naissance : 16-8-86  
Adresse : 99 Rue des Doss Hay El Hana  
Tél : 065495032 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : BELBEKRI TOURIA Age: 64 ans  
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 14/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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



## 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.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : .....	Date d'arrivée: .....
Date de dépôt du dossier: .....	تاريخ الاستلام: .....

## 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 المرسله بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية 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 التعريفية 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.

<p>الضمان الاجتماعي MTOH ALCEH CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-02 Réf.</p>	<p>6064493032</p>
--	---	---	-------------------

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : BELBEKRI Tawria

N° Immatriculation : A145684A28

N° CIN : B4A4A9A1

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse : 99 Rue de 2003 Hay ERKHA CAS

Montant des frais : 22,00 Dhs

Nombre de pièces jointes : 01

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : BELBEKRI Tawria

Date de naissance : 15/05/1956

N° CIN : B4A4A9A1

Sexe : M ☐ ذكر ☐ F ☒ أنثى

INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant

Etablissement de soins

Type de soins \*

Hospitalisation ☐ مستشفى ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادثة ☐ Maladie ☐ مرض

Je déclare les informations ci-dessus

Fait à : 19/06/2020

Le : 22/06/2020

Signature de l'assuré(e)

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

أصبح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus

Fait à : 19/06/2020

Le : 22/06/2020

Signature de l'assuré(e)

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

أصبح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus

Fait à : 19/06/2020

Le : 22/06/2020

Signature de l'assuré(e)

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





الدكتورة البديع سعيدة  
اختصاصية أمراض الغدد و السكري و الأيض  
خريجة جامعة رين فرنسا



Dr. EL BADII Saida  
Spécialiste en Endocrinologie,  
Diabétologie et Maladies Métaboliques  
Diplômée de l'Université de Rennes France

Casablanca, le : 19/11/20.

BELBEKRI Touria.

4 Odia 2mg. (NS) 1 cp mat à je.  
40,00 x 3 3 mois

2) ADO 850 (NS) 1 cp midi  
34,00 x 3 1 cp le soir

222,00

Dr. ELBADII SAIDA  
Endocrinologue - Diabétologue  
283, Bd Yaacoub El Mansour  
Casablanca - Tél: 0522 39 46 81

PHARMACIE AL WOUROUD  
67, Rue des Rives à Côté de  
Masdar Amal - Beauséjour  
Tél: 0522 39 46 81 - 39 46 82

ADO 850 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
6 118000 090038

Odia® 2 mg  
30 comprimés  
AMM N° 116 DMP/21/NNP

Odia® 2 mg  
30 comprimés  
AMM N° 116 DMP/21/NNP  
6 118000 022046

Odia® 2 mg  
30 comprimés  
AMM N° 116 DMP/21/NNP  
6 118000 022046

ADO 850 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
6 118000 090038

ب. المنصور، بوسجور، الدار البيضاء  
283, Bd Yaacoub El Mansour, Beauséjour Casablanca - Tél : 05 22 39 46 81  
casamendocrino@gmail.com

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS</b> <b>AMO</b>	 الضمان الاجتماعي +0108+ +0108+ <b>CNSS</b>	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06
	<b>Référence structurée : 200796649157010</b>	<b>Emis à Casablanca le : 07/07/2020</b>	<b>Page : 1</b>
	<b>Identifiant de la famille</b> تعريف العائلة N° d'immatriculation : 175684128 Règlement du mois : 07/2020 Mode de paiement : Virement	<b>BELBEKRI TOURIA</b> <b>99 RUE DES ROSES HY ERRAHA</b> <b>CASABLANCA 2020</b>	
	<b>Informations :</b>		

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
BELBEKRI TOURIA										
076509318	19/06/2020	CS	PHARMACIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
076509318	19/06/2020	PH	PHARMACIE	222,00	222,00	1,00	1,00	222,00	70	155,40
<b>Total remboursé pour TOURIA</b>										<b>260,40</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>260,40</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان