

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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0003858

N° 51659

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SHAMI Fatima

Date de naissance : 01.07.58

Adresse : R. Sanaa, Bd. Bougagou N° 130 CASA

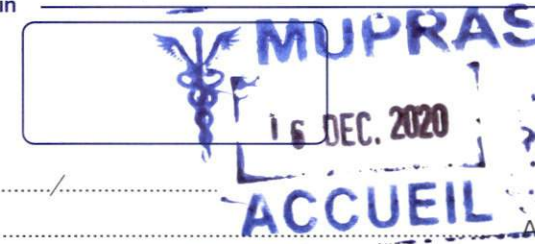
Tél. : 0605 904320

Total des frais engagés : 1904,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : CASABLANCA

Le : 15/12/20

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

تعليمات يجب إتباعها

abliir une feuille de soins par personne et par
nement.

feuille de soins doit être accompagnée de toutes 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.

a 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 un 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 un accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

es 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 réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la NSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires 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 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.

سيتمّ تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفات 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 و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

[illegible]


 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 Réf. : 610-1-03 مرجع رقم
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	
N° Dossier :		0605904320
Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (الها)
Nom et prénom : KSAR Mohamed الاسم العائلي والشخصي :		
N° Immatriculation : 1159161811218 رقم التسجيل :		
N° CIN : B9949511 رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
Adresse : R. SAWAR, Bd. Bougegue N° 130 CASABLANCA العنوان :		
Montant des frais : 2904,10 Dhs. مبلغ المصاريف :		
Nombre de pièces jointes : 2 عدد الوثائق المرفقة :		
Déclaration du Médecin traitant		
Bénéficiaire de soins		
Nom et prénom : KSAR Mohamed الاسم العائلي والشخصي :		
Date de naissance : 11/11/1952 تاريخ الإزدياد :		
N° CIN : 1111111111 رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
Sexe * : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى الجنس :		
INPE et code à barres **		
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
Type de soins		
Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> قبول المرض المزمن * :		
N° dossier ALD : 1111111111 111111 رقم ملف المرض المزمن :		
Code ALD : 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 : CASABLANCA ب :		
Le : 12/11/2022 في :		
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه		
Fait à : CASABLANCA ب :		
Le : 12/11/2022 في :		
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		

Cochez la mention utile pour chaque case

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الدار البيضاء المحطة - 2186 ب.ب. الدار البيضاء
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

<p>جرد الوصفآت التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p>		
<p>تاريخ التنفيذ</p> <p>Date d'exécution</p>	<p>التمن المفوتر</p> <p>Prix facturé</p>	<p>توقيع وطابع الصيدلي أو مسون التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>01/07/2020</p>	<p>54,10</p>	
<p>INPE et code à Barres</p> <p>INPE: 092034867</p>		
<p>INPE et code à Barres</p> <p>_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Docteur M. AOUFOUCHI

Ophtalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie
et des Maladies des Yeux
Cataracte - Glaucome - Strabisme
Voies Lacrymales - Angiographie
Laser - Lentilles de Contact...
Chirurgie de la Myopie

الدكتور م. أوفوشي

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

جلالة - الزرقاق - الحول

مسالك الدموع - انجيوكرافيا

الليزر - العدسات اللاصقة ..

جراحة عيوب البصر

Casablanca, le 04 JUIL 2020 في الدار البيضاء

IC SAR MOHAMED

Sph. : +1

Cyl. : +3.0

54,10

LARMARAK

+ 21,000



Dr. AOUFOUCHI

Ophtalmologiste

Dr. M. AOUFOUCHI

FOUAD OPTIQUE
OPTICIEN

Facture N° :

Le : 08/07/2020

Doit: KSAR MOHAMED

Vision de Loin :

Verres : ORGANIQUE BLANC

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	+1.00			300,00
O-G :	+1.00			300,00
Add.				

Monture: PLASTIQUE

400,00

Vision de Prés:

Verres : ORGANIQUE BLANC

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	+4.00			200,00
O-G :	+4.00			200,00

Monture: PLASTIQUE

200,00

Total : 1 600,00

Arrêté la présente Facture à la somme de :
Mille Six Cent Dirhams

Mode Règlement : Espèces

INPE : 095022752

شارع المعطي بن زياد - عمارة "د" رقم 7 - حي الصديري - المركب الخيري بن امسيك سيدي عثمان - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.71.95.56
Av. Maâti Ben Ziad, Imm. "D" N°7 - Hay Sadri, Ben M'Sik Sidi Othman - CASA - Tél.: 05.22. 71.95.56
Tél.: 06 39 81 02 94 /95

Angle Bd Okba Bnou Nafia Rue 4 Rés. Daoudia N° 7 Al Massira II Mly Rachid - Casablanca / Tél.: 05.22.71.68.0
RC:329347 Patente:37970288 CNSS: 4440898 IF: 15263723 ICE: 000120447000050

RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO



Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 200897614081722

Emis à Casablanca le :

Page : 1

Identifiant de la famille

KSAR MOHAMED
130 BD DE BOURGOGNE RES NAA ETG 02 APPT 06
BOURGOGNE
CASABLANCA 2005

N° d'immatriculation: 159689128
Règlement du mois : 08/2020
Mode de paiement : Virement

Informations :

Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
060124535	01/07/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
060124535	01/07/2020	VER	MEDECIN SPECIALISTE	800,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
060124535	01/07/2020	MO	MEDECIN SPECIALISTE	800,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
060124535	01/07/2020	PH	MEDECIN SPECIALISTE	54,10	54,10	1,00	1,00	10	70	37,87
Total remboursé pour MOHAMED										457,87
Total général remboursé										457,87

Sat. Erreur ou omission