

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : S.H.A.M.I Fatima

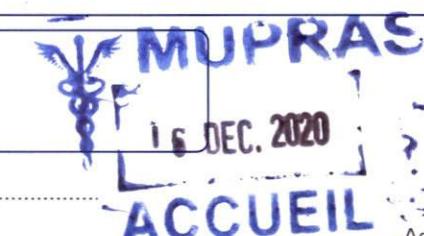
Date de naissance : 01-07-58

Adresse : R. Samaa, Bd. Bouzagou, N° 30 Casablanca

Tél. : 06.05.904.322 Total des frais engagés : 1904,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

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 : 15/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

structions à suivre

abrir une feuille de soins par personne et par énement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances édicales, factures...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Toutes 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 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.

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 اتباعها

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 المثبتة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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 و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

Signature et Cachet de l'Agence

Signature et Cachet de l'Etablissement de soins

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Date d'arrivée :

| | | |
|---|---|---|
|  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 : 0605904320 Ref. ANAM 120201 |
| موافقة مسبقة* <input type="checkbox"/> | تنفيذ* <input type="checkbox"/> | Execution* <input type="checkbox"/> |

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

11519161819128

KSAR Mohamed

الاسم العائلي و الشخصي : خاص بالمؤمن له (ا/ها)

N° Immatriculation :

B919149511

رقم التسجيل : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : R. SANAA, Bd. Bougougue N° 130 CASE

العنوان :

Montant des frais :

29041.00 Dhs.

مبلغ المصروف :

Nombre de pièces jointes :

2

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي و الشخصي : الاسم العائلي و الشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس : *

رقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق**

INPE et code à barres **

11519161819128

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

قبل المرض المزمن *

رقم ملف المرض المزمن :

رمز المرض المزمن :

Hospitalisation* استشارة*

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : CASABLANCA : ب : في : 20/02/2014

Je déclare les informations ci-dessus

سincères et véritables.

Fait à : Le : 20/02/2014

ب : في :

فرance

توقيع و طابع الطبيب المعالج او مؤسسة العلاجية

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

Signature de l'assuré (e)

Signature de l'assuré (e)

Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.
080 200 7200 / 080 203 3333
Dar le Maroc - Casablanca B.P. 2186 - Casablanca Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

| Description des actes effectués | | | | | وصف العمليات المجرأ |
|----------------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------------|--|---------------------|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP | المبلغ المفوتر Montant facturé | توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant | |
| | 2008 | | 2508 | Dr. HOUFUCHI Magiste Ophtalmologist Habib El Maai Ben Ziad Habib El Maai N° 7, Gammoudia | |
| INPE et code à Barres | | | | | |
| | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | |
| | | | | | |

CIM-10

| العمليات المساعدين الطبيين | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|---|------------------------------------|--|---|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP | عدد العمليات Nbre d'actes | المبلغ المفoter Montant facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical |
| 8/12/2020 | | | | 16.90 |  |
| INPE et code à Barres | | | | | |
| | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | |
| | | | | | |

مجرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

| التاريخ Date d'exécution | الثمن المفوتر Prix facturé | توقيع و طابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux |
|--|-------------------------------|--|
| 01/09/2020 | 54,10 | |
| INPE et code à Barres INPE: 092034867 | | |
| INPE et code à Barres INPE: 092034867 | | |

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

| Nature de la prestation | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
|-------------------------|---------------|----------|------------|
| | | | |

Docteur M. AOUFOUCHI

Ophthalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie
et des Maladies des Yeux

Cataracte - Glaucome - Strabisme

Voies Lacrymales - Angiographie

Laser - Lentilles de Contact...

Chirurgie de la Myopie

Casablanca, le 01 JUL 2020

الدكتور م. أوفوشي

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

جلالة - الزراق - الحول

مسالك الدموع - انجيوغرافيا

الليزر - العدسات اللاصقة ..

جراحة عيوب البصر

KSAR MOHAMED

Dr. AOUFOUCHI et fils

SPH + 1

CYL + 3.0

54,10
- LARMARAK
+ 215,00 Dhs



Dr. AOUFOUCHI
Ophthalmologiste
Dr. M. AOUFOUCHI
Chirurgie de la Myopie

شارع المعطى بن زياد - عمارة "D" رقم 7 - حي الصدرى - المركب الخيري بن امسيك سيدى عثمان - الدار البيضاء - الهاتف:

Av. Maâti Ben Ziad, Imm. "D" N°7 - Hay Sadri, Ben M'Sik Sidi Othman - CASA - Té l.: 05.22.71.95.56

Té l.: 06 39 81 02 94 / 95

FOUAD OPTIQUE SARL
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 Réglement : Espèces

INPE : 095022752

Angle Bd Okba Bnou Nafia Rue 4 Rés. Daoudia N° 7 Al Massira II Mly Rachid - Casablanca / Tél.: 05.22.71.68.00

RC:329347 Patente:37970288 CNSS: 4440898 IF: 15263723 ICE : 000120447000050



RELEVE DES PRESTATIONS AMO

Département de l'Assurance Maladie Obligatoire

REF: 610-2-06:

Référence structurée : 200897614081722

Emis à Casablanca le : 00000

Page : 1

Identifiant de la famille

KSAR MOHAMED

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

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

Informations :

Sat. Erreur ou omission