

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.

Éducation :

- 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 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- 0003859

ND: 51658

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SHARI Fatima
Date de naissance : 01.07.58
Adresse : R. Sanaa, Bd. Benguigie n° 130 CASABLANCA
Tél. : 0605904320 Total des frais engagés : 1484,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ 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 : CASA Le : 15.1.22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



ctions à suivre

Et 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 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.

<p>توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence</p> <p>Identification de l'agent : _____</p> <p>Date de dépôt du dossier : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO</p> <p>Date d'arrivée : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
---	---

تعليمات يجب إتباعها

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 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.

تعويز 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 للتعويز.

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

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

 <p>الضمان الاجتماعي +الضمان الاجتماعي CNSS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</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 610-1-03 Réf.</p>
---	--	---

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

<p>الاسم العائلي والشخصي : Ksar Mohamed</p> <p>رقم التسجيل : 13 9689 1281</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 13 99405</p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p> <p>العنوان : R. SARAA, Bd. Baugagne N° 130 CASA</p> <p>مبلغ المصاريف : 4484,50 Dhs.</p> <p>عدد الوثائق المرفقة : 2</p>
--

Déclaration du Médecin traitant

<p>المستفيد من العلاجات</p> <p>الاسم العائلي والشخصي : Ksar Mohamed</p> <p>تاريخ الإزدياد : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>الجنس : * M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/></p> <p>الرقم الوطني الاستدلائي و الرقم المشفر : 10101124171101</p>	<p>INPE et code à barres **</p> <p>مédécin traitant : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>المؤسسة العلاجية : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
---	---

<p>نوع العلاجات</p> <p>قبول المرض المزمن : * Admission ALD : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>رقم ملف المرض المزمن : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>رمز المرض المزمن : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>نوع العلاجات</p> <p>قبول المرض المزمن : * Admission ALD : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>رقم ملف المرض المزمن : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>رمز المرض المزمن : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
--	--

<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : CASABLANCA</p> <p>Le : 11/06/2013</p> <p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)</p>	<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : CASABLANCA</p> <p>Le : 11/06/2013</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>
--	---

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) : 080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف 2186 - الدار البيضاء - دار البيضاء - ساحة دكار - 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
ID : 644621
PPV : 239,00 DH
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
ID : 644621
PPV : 239,00 DH
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
ID : 644621
PPV : 239,00 DH
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
ID : 644621
PPV : 239,00 DH
6 118001 140800

Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables
6 118000 020530

8 comprimés effervescent 1g
6 118000 032380

PARANTAL®
comprimés effervescent 1g
6 118000 032380

PARANTAL®
comprimés effervescent 1g
6 118000 032380

PARANTAL®
comprimés effervescent 1g
6 118000 032380

PARANTAL®
8 comprimés effervescent 1g
6 118000 032380

PARANTAL®
8 comprimés effervescent 1g
6 118000 032380

OEDES 20mg
14 gélules
6 118001 100071

à 11h30
13 juin 2020

Site web : www.monpsychiatre.ma

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الإجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 200897605758819	Emis à Casablanca le : 18/08/2020	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة KSAR MOHAMED 130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06 BOURGOGNE CASABLANCA 2005		
Informations :			
معلومات :			

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	النسبة التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
060124534	16/06/2020	CNP	MEDECIN SPECIALISTE	350,00	190,00	1,00	1,00	190,00	70	133,00
060124534	16/06/2020	PH	PHARMACIE	1 134,50	962,50	1,00	1,00	962,50	70	673,75
Total remboursé pour MOHAMED										806,75
Total général remboursé										806,75

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان