

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

ique :

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.

taire :

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.

adie 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.

RAS : 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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SHAMIR Falima

Date de naissance : 01.07.58

Adresse : R. Saneay A.N.C le R. TB ou KALAH'S

N° 130 Bd. Bourgogne caen

Tél. : 06.05.90.43.20 Total des frais engagés : € 15,60 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 : CAR Le : 15/12/20

Signature de l'adhérent(e) : W

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 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.

Instructions à suivre

Transmettre la feuille de soins avec la preuve de l'assurance maladie et la carte d'identité de la personne soignée.

Il faut également joindre la feuille de soins avec la preuve de l'assurance maladie et la carte d'identité de la personne soignée.

Il faut également joindre la feuille de soins avec la preuve de l'assurance maladie et la carte d'identité de la personne soignée.

Il faut également joindre la feuille de soins avec la preuve de l'assurance maladie et la carte d'identité de la personne soignée.

Il faut également joindre la feuille de soins avec la preuve de l'assurance maladie et la carte d'identité de la personne soignée.

Il faut également joindre la feuille de soins avec la preuve de l'assurance maladie et la carte d'identité de la personne soignée.

Il faut également joindre la feuille de soins avec la preuve de l'assurance maladie et la carte d'identité de la personne soignée.

Il faut également joindre la feuille de soins avec la preuve de l'assurance maladie et la carte d'identité de la personne soignée.

Il faut également joindre la feuille de soins avec la preuve de l'assurance maladie et la carte d'identité de la personne soignée.

 Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة		Ministère de la Sécurité Sociale Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : ANAM 1-2001
<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * <input type="checkbox"/> Entente préalable *	<input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ * <input type="checkbox"/> Exécution *		
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)			
Nom et prénom : K SAR Mohamed N° Immatriculation : 11596891281 N° CIN : RP_199495 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن Adresse : R. SANAA, Bd. Bourguiba N° 130 - CASA Montant des frais : 645,60 Dhs. Nombre de pièces jointes : 1 عدد الوثائق المرفقة :			
* علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)			
تصريح الطبيب المعالج المستفيد من العلاج الإسم العائلي والشخصي : Dr. K SAR Mohamed تاريخ الإزدياد : 199495 رقم بطاقة التعريف الوطنية : الجنس : * الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق * M ذكر <input type="checkbox"/> F ابنة <input checked="" type="checkbox"/>			
Déclaration du Médecin traitant Bénéficiaire de soins : Dr. K SAR Mohamed Nom et prénom : Dr. K SAR Mohamed Date de naissance : 199495 N° CIN : 11596891281 Sexe * : M ذكر <input type="checkbox"/> F ابنة <input checked="" type="checkbox"/> INPE et code à barres ** Médecin traitant : 0912029678 Etablissement de soins : 11596891281 الطبيب المعالج : Dr. K SAR Mohamed الموسسة العلاجية : 11596891281 نوع العلاجات			
قبول المرض المزمن * : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non رقم ملف المرض المزمن : 11596891281 رمز المرض المزمن : 11596891281 Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء*			
Type de soins Admission ALD * : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non N° dossier ALD : 11596891281 Code ALD : 11596891281 Maladie* : Dr. K SAR Mohamed مرض * : Dr. K SAR Mohamed I'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Fait à : CASA Le : RP_199495 تفعيل المؤمن له Signature de l'assuré (e)			
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : CASA Le : RP_199495 توقيع و طاب الطبيب المعالج او المؤسسة العلاجية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins			

Signature et Tampon de l'Agence Cachet et signature de l'Agence Identification de l'agent : _____ Date de dépôt du dossier : _____	Signature et Tampon de l'Assuré Réserve à la DAMO Date d'arrivée : _____
---	--

* اخطب المذكرة المائية
 ** Accepter la mention utile pour chaque cas

** Accorder l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des établissements de soins), ainsi que le code à barres.
 درايمون - سانت لويس - بار - الدار البيضاء المحمدية - المحمدية - 2186 - الدار البيضاء - 080 200 7200 / 080 203 3333
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casablanca Phone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Description des actes effectués

صف العمليات المجرأة

CIM-10

Actes Paramédicaux

مليات المساعدین الطبیین

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

توقيع وطبع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية

**Signature et Cachet du Pharmacien et/ou
Fournisseurs des dispositifs médicaux**

20/09/19	495.60	
INPE et code à Barres 092012293		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

ORDONNANCE

Glucophage® 1000 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage

30 comprimés pelliculés



Glucophage® 1000 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

30 comprimés pelliculés



6 118000 041207

GLEMA® 2 mg

Glimépiride

30 comprimés



6 118000 041214



GLEMA

Glimépiride

30 comprimés



6 118000 041214

OEDES 20mg

14 gélules



6 118001 100071

OEDES 20mg

14 gélules



6 118001 100071

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL
10 Comprimés



6 118000 040972

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL
10 Comprimés



6 118000 040972

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL
10 Comprimés



6 118000 040972

Référence structurée : 191291100400303

Emis à Casablanca le : 05/12/2019

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

N° d'immatriculation : 159689128
Règlement du mois : 12/2019
Mode de paiement : Virement

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

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس 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										
060289339	28/09/2019	C	MEDECIN SPECIALISTE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
060289339	28/09/2019	PH	PHARMACIE	495,60	433,60	1,00	1,00	433,60	70	303,52
Total remboursé pour MOHAMED										
Total général remboursé										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان