

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.

Diagnostique 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 dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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- 0003862

ND: 51653

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SHAM, Fatima

Date de naissance : 01.07.58

Adresse : R. SANA, ANGLE R. IBRAHIM KALAHIS

N° 130 Bd. Bouygues Casablanca

Tél. : 06.05904320 Total des frais engagés : 15,60 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

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.

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 الإجتماعي 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

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 طبقا للمساطر القانونية.

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

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

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-03
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	Ref: ANAM 12020
N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e)		
خاص بالمؤمن له (لها) Nom et prénom : <u>K. SAR Mohamed</u> N° Immatriculation : <u>1596891281</u> N° CIN : <u>B. 99495</u> Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Adresse : <u>R. SAWAA, Bd. Baugogue N° 130 - CASA</u> Montant des frais : <u>6.456.000 Dhs.</u> Nombre de pièces jointes : <u>1</u>		
Déclaration du Médecin traitant Bénéficiaire de soins : <u>K. SAR Mohamed</u> Nom et prénom :		
Date de naissance :		
N° CIN :		
Sexe * : <input checked="" type="checkbox"/> ذكر M <input type="checkbox"/> أنثى F		
INPE et code à barres ** Médecin traitant : <u>09120296781</u> Etablissement de soins :		
Type de soins Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non N° dossier ALD :		
Code ALD :		
Maladie * <input checked="" type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <u>CASA</u> Le : <u>2019/01/18</u> Signature de l'assuré (e) * Cocher la mention utile pour chaque cas ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de Santé et des Établissements de Soins) ainsi que le code à barres. 080 200 7200 / 080 203 3333 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2180 Cas. Gare - Tél : 080 200 7200 / 080 203 3333		

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

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

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

ORDONNANCE

Fait le 20/09/2019

Mr KSON Yed
 (88.00) 10
 glumaphage 1000

4 a 1h30

(600) 10
 glumaphage 1000

(600) 10
 glumaphage 1000

(600) 10
 glumaphage 1000

(600) 10
 glumaphage 1000

(600) 10
 glumaphage 1000

LT 495.60

PHARMACIE
 May Sadri Boudj
 Tél : 05 22 70 80 33
 152, 153 Boulevard
 ASABELAMBA
 1611022

Td
 amois

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage

30 comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

30 comprimés pelliculés



GLEMA® 2 mg

Glimépiride

30 comprimés



6 118000 041207

GLEMA® 3 mg

Glimépiride

30 comprimés



6 118000 041214

GLEMA® 3 mg

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

<p>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</p> <p>RELEVÉ DES PRESTATIONS</p> <p>AMO</p>	<p>الضمان الاجتماعي C N S S</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم : EF : 610-2-06 :</p>
<p>Référence structurée : 191291100400303</p>	<p>Emis à Casablanca le : 05/12/2019</p>	<p>Page : 1</p>
<p>Identifiant de la famille تعريف العائلة</p> <p>N° d'immatriculation: 159689128 Règlement du mois : 12/2019 Mode de paiement : Virement</p>	<p>KSAR MOHAMED 130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06 BOURGOGNE CASABLANCA 2005</p>	
<p>Informations : معلومات :</p>		

مرجع الإشعار بالسلام 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
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										359,52
Total général remboursé										359,52

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان