

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Endocrinologie 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 canalaire, 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 canalaire.

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° P19- 0040089

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

18294

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 1798 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AQUAME MOSTAFA

Date de naissance : 01-01-1951

Adresse : 123, Rue Abou EL WAQT Des SELLAT 'B'
Apt 9 Bourgogne CASA

Tél. : 06.62.100.80 Total des frais engagés : 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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :



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.

يجب تقديم ورقة العلاجات بالشتبه لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق جميع العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات الطبية الرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الشتبه الى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طبق مغلق من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في آخر 60 يوماً من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التарiffة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بظل رهينا بطلب المعاشرة المنسنة. لاحقة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

توقيع و طابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإيجاري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : ٢٠١٩-٠٣-١٥

تاريخ الارسال : ٢٠١٩-٠٣-١٦

 الضمان الاجتماعي la CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	 Ministère de la Santé et de l'Assurance Maladie
موافق مسبقاً*	تفصيل*	Exécution*
<input type="checkbox"/> Entête préalable*	<input type="checkbox"/> تفاصيل*	<input type="checkbox"/> Exécution*

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

EL TECHRAFI AZIZA

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant

Adresse : ١٢٣ Rue AB ou EL WADT. LES SÉJOURNANTS ٢٠١٩-٣-١٥ العنوان :

Montant des frais :

درهم Dhs.

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

EL MEQUAFI AZIZA

Date de naissance :

N°CIN:

Sexe :

INPE et code à barres **

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins

Admission ALD *:

Oui

Non

N° dossier ALD :

Code ALD:

Maladie* :

مرض

Hospitalisation*

استثناء* :

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

Fait à :

Le : ٢٠١٩-٠٣-١٥

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré (s)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le : ٢٠١٩-٠٣-١٥

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

Dr. DELLA
Spécialiste O.R.L.

Dr. B. Anzaraoui Maffi

115 BP. B Anzaraoui Maffi

Cochez la mention utile pour chaque cas

Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Établissements de soins) avec son code à barres.

080 200 7200 / 080 203 3333 - قفل الباب - المدخل - 2186 - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Case Oùre Téléphone : 0524 255 555

Description des actes effectués

صفحة العملات المزيفة

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
19.09 2019			200	 Dr. DELONCK 15021 Spécialiste O.R.L. 113, Bd Bir Anzarane - Maârif Tel. 02-23.84.84
INPE et code à Barres 0516104681				
INPE et code à Barres 1111111111111111				

CIM-10

Actes Paramédicaux

الطبين المساعدات

التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفترض Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

• عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

بيانات المريض					توقيع و طابع طبيب الأشعة او الاحياني
تاريخ العمليات Date des actes	رقم التمثيليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفترض Montant facturé	Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres 					
INPE et code à Barres 					

ذها و التجهيزات الطبية المدونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

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

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

مركز بير أنزان لأمراض الأذن والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتنقية الدوار والصمم والشخير

Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
Exploration des Vertiges et de la Surdité

Dr. Faouzi BELQADI

- CES D'ORL
- UNIVERSITE PARIS VII
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
- Vertige - Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



الدكتور فوزي بلقاذبي

إختصاصي في أمراض الأذن الأنف
والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
وتنقية الدوار والصمم والشخير
طبيب الجامعة الفرنسية للغطس
والرياضات المائية

CASABLANCA LE

19/09/2019

Madame EL MECHRAFI Aziza

187,00

ACLAV 1G BOITE DE 16

1 sachet matin et soir au début des repas pendant 8 jours.

40,00

ISOLONE 20 mg

3 comprimés le matin pendant 6 jours

22,00

RHUMIX

1 sachet 2 fois par jour pendant 5 jours

119,10

RISONEL

1 pulvérisation dans chaque narine 2 fois par jour pendant 30 jours.

(136,60 x 2)

AMLOR 5 mg

1 comprimé la matin

Tous les jours

64,13

Dr. BELQADI Faouzi

Spécialiste O.R.L.

119, Bd. Bir Anzarene - Maârif

Tél.: 05 22 23 84 84 / 05 22 98 14 67

05 22 98 14 67

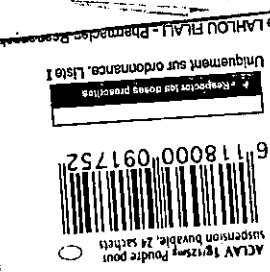
شارع بير أنزان إقامة رمزي (ب) الطابق الثاني المعاريف - الدار البيضاء - 20100 - الهاتف : 05 22 99 26 53 / 05 22 23 84 84 / 05 22 98 14 67

119, Bd Bir Anzarane Résidence RAMZI (B) 2^{ème} Etage - Maârif - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22.23.84.84 / 05 22.98.14.67 / 05 22.99.26.53

E-mail : belqadif@yahoo.fr



ments.



بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF: 610-2-06 :

Référence structurée : 191089673649560

Emis à Casablanca le : 08/10/2019

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

EL MECHRAFI AZIZA
123 RES SEKKAT B RUE ABOU EL WAQT 3 EME ETG
APPT 9
CASABLANCA 2016

Informations :

معلومات :

مبلغ التعويض بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهني الصحة	مبلغ المصروف	التعويض المرجوة	المعامل	الكمية	أسان	نسبة التغطية	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de solus	Acte	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
EL MECHRAFI AZIZA										
060275862	19/09/2019	CS	ETABLISSEMENT PRIVE PHARMACIE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
060275862	19/09/2019	PH	PHARMACIE	541,50	541,50	1,00	1,00	541,50	77	416,96
060275862	19/09/2019	PHN	PHARMACIE	99,80	22,00	1,00	1,00	22,00	00	0,00
Total remboursé pour AZIZA										532,46
Total général remboursé										532,46

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان