

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.

Radiologie 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 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-501322

ND-20751

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3242

Société : RAN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : EL AJJ Chadia

Date de naissance :

Adresse : Rue 76 n°35 groupe Poulfa cara

Tél. : 0666339277

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LOUKILI Azeddine

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 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 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 ولكل 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 والوثائق 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 التعريفية الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض 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 الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

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

	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موسسة مسجلة Entente préalable	تنفيذ Exécution	مرجع رقم: R61.610-1-02

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي: **Loukil Azeddine**

رقم التسجيل: **11146031151**

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **11146031151**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها): **ابن**

لین de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * **Conjoint** ☐ **زوج** ☐ **Enfant** ☐ **ابن** ☐

العنوان: **EL OUL FA-GROUPE (P) RUE 76 N°35 Casa**

مبلغ المصاريف: **39,000.00** Dhs

عدد الوثائق المرفقة: **3**

تصريح الطبيب المعالج: **المستفيد من العلاجات**

الاسم العائلي والشخصي: **Loukil Azeddine**

تاريخ الزيداد: **11146031151**

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **11146031151**

الجنس: **ذكر** ☒ **أنثى** ☐

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشترك: **11146031151**

INPE et code à barres **

Medecin traitant: **المستفيد من العلاجات**

Type de soins* **Maladie** ☐ **مرض** ☐ **Accident** ☐ **حادث** ☐ **Maternité** ☐ **أمومة** ☐ **Hospitalisation** ☐ **استشفاء** ☐

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à: **11146031151**

Le: **11146031151**

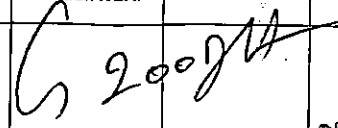
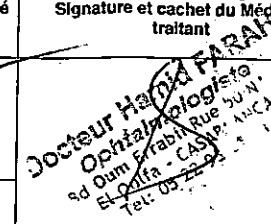
توقيع المؤمن له: **11146031151**

Signature de l'assuré(e): **11146031151**

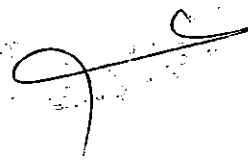
Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins: **11146031151**

25 SEP 2019

لمستفيد الوطني الضمان الاجتماعي - سلمة تالو - الدار البيضاء صرب 2186 الدار البيضاء السجلة - 069 203 3333

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرىة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
25 SEP 2008				 	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المصاحدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المصاحدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical	
14/10/08				3000,-		
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 والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و الأجهزة الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

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

Casablanca le : 14/10/19.....

Matricule :

[illegible]

Docteur . Hamid FARAH

Ophthalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie
et des Maladies des Yeux
Cataracte - Glaucome - Strabisme
Voies Lacrymales - Angiographie
Laser - Lentilles de Contact...

Ancien Médecin Ophthalmologiste à l'hôpital 20 AOÛT

Ancien Médecin Ophthalmologiste à l'hôpital My Youssef



الدكتور . حميد فراح

أخصائي أمراض و جراحة العيون

جلالة - ضغط العين - الحول

مسالك الدموع - انجيوكرافيا

الليزر - العدسات الاصقة

جراحة عيوب البصر

طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت

طبيب العيون سابقا بمستشفى مولاي يوسف

25 SEP. 2019

Casablanca, Le

الدار البيضاء في

Loutali Agel Lue

to you R

*W - + 3,25 (-0,5 à 80°)
du . + 2*

to you VP -

Alh: + 3 W

Docteur Hamid FARAH

Ophthalmologiste

Bd OUM Errabti Rue 50 N°3

EL OULFA - CASABLANCA

Tel: 05 22 93 29 91

Bd OUM Errabti - Rond point OMAR EL MOKHTAR Rue 50 N°3 - EL OULFA - Casablanca - Tél.: 05 22 93 29 91

شارع أم الربيع - مدار عمر المختار - زنقة 50 رقم 3 حي الألفة الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 93 29 91

Relevé périodique des prestations AMO

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Ref: 610-2-06

أَصْلِي بِي
بِتَارِيخ

Page: 1 / 1

الصفحة

وقم المبحيل

أداءات الفقرة

فمن

لے

الخبر سئل فيه

1

中 心

تبدون أدناه مجمل تعويضات التامين الصحي الإجباري التي
استنتج منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

- Sauf erreur ou omission

مَا عَدَا خَطْمًا أَوْ نَسِيَانًا

ou contacter notre centre d'appel ALLUDAMANE aux numéros

080-2030-100

0800 203 3333 / 0800 200 7200

أو الإنسان بعد موت الألة وظلمة

0522.54.86.73 الفاكس : 0522.54.86.07 الهاتف : 2186 الدار البيضاء المنطقة الحرة
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gate - Téléphone : 0522-54.86.07 Fax : 0522-54.86.73

Relevé périodique des prestations AMO

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Ref. : 610-2-06

أصـدرب :
- بتاریخ :

الصفحة

EL OULFA GR P RUE 76 N 35 20220 CASABLANCA-
MAROC

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استوفتكم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسياناً

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
80 203 3333 / 080 200 7200

المعروفات المطلوبة
 بـرجن زكرة موكها الاكتر وني
 او البوابه الاكتر ونية للمؤمن لهم
 او تطبيق الهاتف
 او الاتصال بالمحيط الاكتر
 او الاتصال بمركز الاتصال او الطر