

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.

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.

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.

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

Doc n° 59957 .

Déclaration de Maladie : N° P19-0019722

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2011 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MEKNOUT M'hamed Date de naissance :

Adresse : Hs la même

Tél. 06 64 01 603 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 : 0 ASA .

Le : 12/02/2021

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 وكل 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 المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاشتانية 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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

الاحاطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً 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 ب مديرية التأمين الصحي الإجباري

Réserve à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier: ٢٠٢١-٠٦-١٣

Date d'arrivée: ٢٠٢١-٠٦-١٣

Date d'admission: ٢٠٢١-٠٦-١٣

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie



الضمان الاجتماعي
CNSS
Le devoir de vous protéger

* موافقة مسبقة *
Entente préalable *

* تنفيذ *
Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Ref. ANAM : 610-1-02

Ref. ANAM : 12.01.01

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية: ١٤١٣١٨٢١٦١

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

Conjoint نوج

Enfant ابن

Adresse : Rue des Rose Aigl 07AR EL KiyAM Bourgjour. Rue Fatima ZHOUA العنوان

Montant des frais : ١٢٦٢,١٠ Dhs

AA

مبلغ المصاريف :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

نوع العلاجات

تاريخ الازدحام :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفق ..

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN:

Sexe: M ذكر F أنثى

INPE et code à barres: ٠٩٧٢٥٩٧٤٨

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins*

Hospitalisation استشارة Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

بـ:

Fait à : ٢٠٢١-٠٦-١٣

Le : ٢٠٢١-٠٦-١٣

في : ٢٠٢١-٠٦-١٣

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

بـ:

Fait à : ٢٠٢١-٠٦-١٣

Le : ٢٠٢١-٠٦-١٣

في : ٢٠٢١-٠٦-١٣

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

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

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصيغة الوطنية للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 - المار البيضاء الحفة - الهاتف: 060 203 3333
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 060 203 3333

العمليات الإيجياء، الأشعة والصور

توقيع وطابع طبيب الأشعة (إيجياء)

Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	النوع المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
28/01/2021	CSC			Dr. HADAD Abdellatif Cardiologue Tunisie
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	النوع المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو موظف التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
28.1.21.	1262,10	Dr. HADAD Abdellatif Cardiologue Tunisie 19 bis Bd Houma Sfax CASABLANCA CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision
INPE et code à Barres		
INPE et code à Barres		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

**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 : 210202317852967

Emis à Casablanca le : 16/02/2021

Page : 1

Identifiant de la famille **تعريف العائلة**

N° d'immatriculation : 173353212
Règlement du mois : 02/2021
Mode de paiement : Virement

ARRAS NOUREDDINE
RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD
AMAR EL KHAYAM
CASABLANCA 2020

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصروف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
ARRAS NOUREDDINE										
067655903	28/01/2021	CG	PHARMACIE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
067655903	28/01/2021	PH	PHARMACIE	1 262,10	1 013,10	1,00	1,00	1 013,10	70	709,17
Total remboursé pour NOUREDDINE										
Total général remboursé										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
عاج تكنون عخت

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

28/02/2022



Dr. HADADI
Cardiologue
Tél: 0522 36 33 27



M^r. Arras Nourreddine

294,00 x 3

1 - Corriger 10/10/1

199,00 x 3 18/1/ma

2 - LD N 10/1

27,70 x 3 18/1/ma

3 - Cardiologue 100)

1262.10
N de Bourgade



Dr. HADADI
Cardiologue
Tél: 0522 36 33 27

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

COVERAM 10mg/10mg

Péridopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130108

COVERAM 10mg/10mg

Péridopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130108

COVERAM 10mg/10mg

Péridopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130108

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



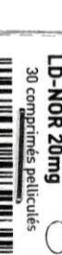
6 118001 090280

LD-NOR 20mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 082231

LD-NOR 20mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 082231