

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 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.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-622598

70242

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0923 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SELLEK MY DRISS

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : 19 Avenue des FAR Résidence FAHIM III

.....APP 9 KENITRA

Tél. : 0603605566 Total des frais engagés : 444,20 dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même



Lien de parenté :

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 : KENITRA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/05/2021



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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
(مصففات طيبة، فهاتب، ...).

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 للضماء 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 المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
المجانية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة
المسبق.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات 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 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 بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date d'arrivée : / / - N° de chambre :

 الضمان الاجتماعي التأمين الوطني CNS Le devoir de vous protéger	<h2>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</h2> <h3>Feuille de Soins Maladie</h3>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	Réf. - 610-1-02 مرجع رقم

N° Dossier :		Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (لها)	
Nom et prénom :		CHA KIB Rachida		الاسم العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation :		11518148771131		ن° التسجيل :	
N° CIN :		1B199450		ن° بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *			
Conjoint <input type="checkbox"/>		زوج		ابن <input type="checkbox"/>	
Adresse :		19 - AV des FAR App 9 Resid FAHIM 3 VENITRA			
Montant des frais :		444,20 درهم		Dhs مبلغ المصارييف :	
Nombre de pièces jointes :		5		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج			
Bénéficiaire de soins		المستفيد من العلاجات			
Nom et prénom :		CHA KIB Rachida		الاسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance :		19.12.1954		تاریخ الازدیاد :	
N° CIN:		1B99450		ن° بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe* :		M <input type="checkbox"/> ذكر		F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى	
INPE et code à barres **		الجنس *: الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر **			
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية			
Type de soins*:		نوع العلاجات *			
Hospitalisation <input type="checkbox"/>		استشفاء <input type="checkbox"/>		Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/>	
Accident <input type="checkbox"/>		حادثة <input type="checkbox"/>		Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض	

<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à :</p> <p>Le : <u>٣١٠٣٢٠٢١</u></p> <p>شـهـد بـصـحـة كـل مـا ذـكـرـ أـعـلـاه</p> <p>بـ: <u>فـي :</u></p> <p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)</p>	<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à :</p> <p>Le : <u>٩٢٠٣٢٠٢١</u></p> <p>أـصـح بـمـصـدـاقـيـة وـصـحـة الـعـلـمـات الـمـذـكـورـة أـعـلـاه</p> <p>بـ: <u>فـي :</u></p> <p>نـوـقـبـ كـلـمـةـ طـلـيـبـ الـعـالـجـ أوـ الـمـؤـسـسـةـ الصـحـيـةـ</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant @ de l'Etablissement de soins</p>
--	--

- * Cocher la mention utile pour chaque case

- " Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
Dr. CHARIBA EL HOUSSEINI Spécialiste O.R.L. 359, Bd Med Y. Kéfira Tel: 063 379 891 - GSM: 063 820 405	INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1	Dr. CHARIBA EL HOUSSEINI Spécialiste O.R.L. 359, Bd Med Y. Kéfira Tel: 063 379 891 - GSM: 063 820 405	21 + 45 --- 300 euro + 300	Dr. CHARIBA EL HOUSSEINI Spécialiste O.R.L. 359, Bd Med Y. Kéfira Tel: 063 379 891 - GSM: 063 820 405	
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1					

CIM-10

Actes Paramédicaux						عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1						
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						العمليات الإحياء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste		
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1						
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1						

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis				نحوه الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	نحوه وطابع الصيادلة أو ممدوح التجهيزات Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
22-3-21	144,20	INPE : 052037454		
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1				

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



مرجع رقم : REF: 610-2-06 :

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO

Référence structurée : 210404015161362

Emis à Casablanca le :

Page : 1

Identifiant de la famille تعریف العائلة

N° d'immatriculation: 158487713
Règlement du mois : 04/2021
Mode de paiement : Virement

CHAKIB RACHIDA

19 AVENUE DES FAR APPT 9 RESIDENCE EL FAHIM 3
KENITRA 1400

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف 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
CHAKIB RACHIDA										
071920947	22/03/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
071920947	22/03/2021	KC	MEDECIN SPECIALISTE	100,00	160,00	1,00	1,00	160,00	70	70,00
071920947	22/03/2021	PH	PHARMACIE	122,40	122,40	1,00	1,00	122,40	70	85,68
071920947	22/03/2021	PHN	PHARMACIE	21,80	21,80	1,00	1,00	21,80	00	0,00
Total remboursé pour RACHIDA										260,68
Total général remboursé										260,68

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

CABINET D'ORL ET DE CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

Docteur CHARIBA EL HOUSSINE

Spécialiste ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Diplômé de la Faculté de Médecine de

Marseille France

الدكتور شاربة الحسين

الآن وجراحة أمراض اختصاصي في

والأنف والحلق والحنجرة

خريج كلية الطب بمرسيليا "فرنسا"

Maladies et chirurgies Oreille-Nez-Face et Cou

Chirurgie de la Thyroïde et du Ronflement

Vertige – Surdité – Anosmie - Allergie

REFERENCES

أمراض وجراحة الأذن والأنف والحلق والحنجرة

جراحة الغدة الدرقية والشخير

تشخيص وعلاج الدوخة ونقرس

حاسة الشم

تشخيص وعلاج الحساسية

ORDONNANCE

Kénitra, le 22/03/24 القنيطرة في

N^o commis racine

99.7^o ~~LM31X12E~~

✓ 8640 308

1946

187

21.80 9 BYXNERA 8

TEXAS *San* *105*
Sept 2 et le bon

9270 3) B. M. W. F. R. M.

Dr. CHARIBA EL HOUSSINE
Spécialiste O.R.L.
359, Bd Med K - Kénitra
Tél: 0537 379 891 - GSM: 0663 070 405

359، شارع محمد الخامس الإقامة الكبرى رقم 27 الطابق الرابع القصيطرة
359, Bd Mohamed V, la grande résidence N°27 – 4^{ème} étage Kénitra
Tél : B : 05 37 37 98 91 GSM : 06 63 07 04 05
F 28808340 – TP 20812150 – C.N.S.S 2461127 – ICE 00167957200002

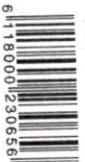
E 28808340 - TP 20812150 - C.N.S.S 2461127 - ICE 001679572000026

Baycutène® N 15 g
Crème



6 118000 241270

LABIXEN 20mg
30 comprimés



6 118000 241270

POLYDEXA®

SOLUTON AUCULIALE

GOUTTES

PROMOPHYARNE®

CABINET D'ORL ET DE CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

Docteur CHARIBA EL HOUSSINE
Spécialiste ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Diplômé de la Faculté de Médecine de
Marseille France

الدكتور شاربة الحسين
اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف
والأنف والحلق والحنجرة
خريج كلية الطب بمرسيليا "فرنسا"

Maladies et chirurgies Oreille-Nez-Face et Cou
Chirurgie de la Thyroïde et du Ronflement
Vertige – Surdité – Anosmie - Allergie

أمراض وجراحة الأنف والحلق والحنجرة
جراحة الغدة الدرقية والشخير
تشخيص وعلاج التوخة ونقص السمع وفقدان
حساسة الشم.
تشخيص وعلاج الحساسية

Dr. CHARIBA EL HOUSSINE
Spécialiste O.R.L.
359, Bd Med V - Kénitra
Tél: 0537 379 891 - GSM: 0663 070 405

M² CEMMIS RECHNIT

Notre Dr 01 D268

Mohamed 01 Soudan neill

U5 2 89

A mante la première de ce poche

PM

Dr. CHARIBA EL HOUSSINE
Spécialiste O.R.L.
359, Bd Med V - Kénitra
Tél: 0537 379 891 - GSM: 0663 070 405

شارع محمد الخامس الإقامة الكبرى رقم 27 الطابق الرابع القنيطرة
359, Bd Mohamed V, la grande résidence N°27 – 4^{ème} étage Kénitra
Tél : B : 05 37 37 98 91 GSM : 06 63 07 04 05
IF 28808340 – TP 20812150 – C.N.S.S 2461127 – ICE 001679572000026